



BERGEN KOMMUNE

Metodebok

for

rehabilitering

Del 1: Grunnet

Del 2: Døgnbasert rehabilitering

Del 3: Rehabilitering utenfor institusjon

3. utgave
Desember 2016

INNHOOLD

INNLEDNING.....	s 4
-----------------	-----

DEL I GRUNNLAGET

1. BAKGRUNN.....	s 6
1.1 Lovgrunnlag og sentrale føringer.....	s 6
1.2 Verdier og prinsipper i rehabilitering.....	s 6
1.2.1 Brukermedvirkning	s 6
1.2.2 Funksjon	s 7
1.2.3 Tverrfaglig samarbeid og samhandling.....	s 8
1.2.4 Rehabiliteringsprosessen.....	s 8
1.3 Kompetanse.....	s 9
1.3.1 Økt kompetanse i regi av Byrådsavdelingen.....	s 9
1.3.2 Lokalt utviklingsarbeid.....	s 10
2. KOMMUNENS REHABILITERINGSTILBUD.....	s 11
2.1. Døgnrehabilitering i institusjon	s 12
2.2. Rehabilitering utenfor institusjon.....	s 12
2.2.1 Innsatsteam rehabilitering.....	s 13
2.2.2 Hverdagsrehabilitering.....	s 13
2.2.3 Øvrige rehabiliteringstjenester.....	s 13
3. MÅLGRUPPER OG VURDERINGSKRITERIER.....	s 15
3.1 Målgrupper.....	s 15
3.2 Generelle vurderingskriterier.....	s 16
3.2.1 Utdyping av vurderingskriteriene.....	s 17
4. RUTINER VED SØKNAD OG HENVISNING	s 19
4.1. Rutiner ved søknad om døgnrehabilitering i institusjon.....	s 19
4.2. Rutiner ved henvisning til rehabilitering utenfor institusjon.....	s 20
4.2.1 Rutiner ved henvisning til Innsatsteamet.....	s 20

DEL II DØGNBASERT REHABILITERING

5. RUTINER VED DØGNBASERT REHABILITERING I SYKEHJEM.....	s 22
5.1. Innledning.....	s 22
5.2 Arbeidsrutiner.....	s 22
5.3 Dokumentasjon.....	s 25
5.4 Tilbud i rehabiliteringsavdelingen.....	s 26
5.4.1 Trening i gruppe.....	s 26
5.4.2 Ernæring og måltider.....	s 27
5.5 Oppfølging etter rehabiliteringsopphold i institusjon.....	s 27
5.5.1 Ansvarsfordeling ved oppfølging.....	s 27

DEL III REHABILITERING UTENFOR INSTITUSJON

6. RUTINER VED REHABILITERING UTENFOR INSTITUSJON	s 29
6.1 Innsatsteamets arbeidsmetoder	s 29
6.2 Innsatsteamets tilbud	s 30
6.3 Brukerforløp	s 31
6.3.1 Fase 1	s 31
6.3.2 Fase 1+	s 32
6.3.3 Fase 2/3	s 32
6.4 Dokumentasjon	s 33
6.5 Hverdagsrehabilitering	s 33

VEDLEGG

Litteraturliste

Vedlegg 1	Kasus for døgnbasert rehabilitering og rehabilitering utenfor institusjon (RUI)
Vedlegg 2	Søknadsskjema for kommunale tjenester
Vedlegg 3	Vurderingsskjema for rehabilitering
Vedlegg 4	Innkostregistreringsskjema
Vedlegg 5	Rehabiliteringsplan døgnbasert rehabilitering
Vedlegg 6	Tverrfaglig epikrise døgnbasert rehabilitering
Vedlegg 7	Tverrfaglig arbeidsverktøy Innsatsteam
Vedlegg 8	Rehabilitering utenfor institusjon -Fremgangsmåte for individuell rehabiliteringsoppfølging
Vedlegg 9	Brukerperm Innsatsteam
Vedlegg 10	Rehabiliteringsplan Innsatsteam
Vedlegg 11	Sluttrapport Innsatsteam

INNLEDNING

For å standardisere arbeidet ved rehabiliteringsavdelingene ved sykehjem i Bergen kommune, ba kommunaldirektøren i 2009 sentral kvalitetsgruppe i Ergo- og fysioterapitjenesten om å lede et arbeid med å utarbeide en metodebok for rehabilitering.

Metodeboken ble vedtatt og tatt i bruk i mars 2010. Utviklingsgruppen for metodeboken bestod av:

- Åslaug Ljones Løklingholm, ergoterapeut/koordinator, Arna
- Hilde Nordberg, fysioterapeut, Laksevåg
- Inger Folgerø, enhetsleder for Ergo- og fysioterapitjenesten, Åsane
- Helga Kaale, rådgiver i Byrådsavdeling for helse og omsorg (BHO)

Metodebokens del I og II bygger på konklusjoner etter to prosjektoppgaver ved Tverrfaglig videreutdanning i rehabilitering ved Høgskolen i Bergen. Datagrunnlaget i oppgavene var skriftlig materiale ved de åtte rehabiliteringsavdelingene i kommunen, og fokusintervju av en tverrfaglig gruppe. Materialet ble deretter drøftet tverrfaglig i arbeidsgrupper og ulike fora. Metodeboken er siden 2010 evaluert flere ganger. I 2011 ble det gjennomført en evaluering med spørreskjema og møter. Etter forespørsel fra forvaltningsenhetene ble målgrupper og vurderingskriterier utdypet i 2012, og det ble også gjort en del presiseringer i forhold til rehabilitering i institusjon.

Gjeldende versjon er resultatet av en større revidering av Metodeboken som ble gjennomført i 2015/2016. Del II om døgnbasert rehabilitering er evaluert og revidert av en arbeidsgruppe med representanter fra involverte etater og Betanien rehabilitering og sykehjem, og med god hjelp fra fagpersoner i tjenestene. I tillegg er del III Rehabilitering utenfor institusjon integrert i Metodeboken. I dette arbeidet har Innsatsteam rehabilitering ved koordinator Kristi Rørlien og øvrige medarbeidere deltatt.

Hensikten med en felles metodebok for rehabilitering er å sikre at voksne og eldre personer med behov for rehabilitering blir fanget opp. En standardisert metodebok som bygger på kunnskapsbasert praksis er med på å sikre god kvalitet på tjenestene og et likeverdig rehabiliteringstilbud for innbyggere i kommunen. Det er et overordnet mål at brukerne får tverrfaglige, koordinerte og helhetlige rehabiliteringstjenester som henger sammen øvrige tjenester, både innad i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

Metodeboken inneholder en grunnleggende del I som omhandler lovverk, kompetanse, overordnede føringer og sentrale verdier i rehabilitering. I tillegg beskrives kommunens rehabiliteringstilbud, målgrupper, vurderingskriterier, kompetansehevende tiltak og lokalt utviklingsarbeid.

Del II omhandler døgnbasert rehabilitering i sykehjem og beskriver retningslinjer for brukerens rehabiliteringsprosess og tilbudet på rehabiliteringsavdelingene. Ulike skjema som

brukes på rehabiliteringsavdelingen, for eksempel individuell rehabiliteringsplan er vedlagt. Felles mal for dokumentasjon er også beskrevet.

Del III omhandler tjenesten Rehabilitering utenfor institusjon (RUI). I perioden 2012- 2013 ble det opprettet fire Innsatsteam rehabilitering som nå er blitt en ordinær tjeneste i kommunen. I Metodeboken beskrives målgruppe for Innsatsteamet, samt arbeidsrutiner og -metoder som ligger til grunn for utøvelsen av tjenesten.

I 2015-2017 gjennomføres et utprøvningsprosjekt i hverdagsrehabilitering i kommunen. I påvente av endelig vedtak om implementering av hverdagsrehabilitering som et fast tilbud, avventes det å ta inn søknadsrutiner og arbeidsmetodikk for hverdagsrehabilitering i Metodeboken.

DEL I GRUNNLAGET

1. BAKGRUNN

1.1 Lovgrunnlag og sentrale føringer

Kommunene har et overordnet ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester for kommunens innbyggere jf. lov om helse- og omsorgstjenester § 3-1 (2011). En av seks lovpålagte kommunale oppgaver er sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Dette utdypes nærmere i "Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator" (2011): Kommunene skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud. Tjenestene skal bidra til stimulering av brukernes egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Videre er det et mål å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Kommunens sørge-for-ansvar grenser opp mot spesialisthelsetjenestens ansvar, og ansvaret vil på begge nivåer kunne endre seg over tid på grunnlag av faglig utvikling og helsepolitiske mål. (Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator 2016). Habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet i Bergen kommune bygger på kommunens Plan for habilitering og rehabilitering "Mot felles mål" (2007). Forståelsen av rehabilitering fra St. meld 21 (1998 -99) "Ansvar og meistring" og «Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator» er styrende i planen.

«Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet».

Kommunens plan beskriver tiltak og strategier for å forbedre og styrke habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet. Overordnet mål for rehabiliteringsarbeidet i Bergen kommune er å redusere konsekvensen helsesvikten har for funksjonsevnen, slik at brukerne kan leve et selvstendig liv og delta sosialt og i samfunnet.

1.2 Verdier og prinsipper i rehabilitering

1.2.1 Brukermedvirkning

Brukerens behov, ressurser og mål skal være utgangspunktet for tiltak og tjenester i en rehabiliteringsprosess. Tjenestene må tilpasse sine bidrag ut fra hva bruker definerer som sine mål og opplevelse av helhet og sammenheng. Dette stiller krav til individuell tilnærming og

høy grad av brukermedvirkning. Pårørende skal trekkes inn i den grad brukeren ønsker det (Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator 2016). Da deltakelse bygger på forutsetninger om kompetanse og ressurser, kan dette bli vanskelig for enkelte brukere. Pårørende vil da kunne være viktige samarbeidspartnere og bidra til å sikre at brukers behov og ønsker ivaretas. De har ofte viktig informasjon og kunnskap om brukeren og hjemmesituasjonen. Arbeidsverktøy som kan brukes for å sikre brukermedvirkning er innkomstsamtale, motiverende intervju, målsamtale, evaluering av rehabiliteringsplan underveis og sluttsamtale.

Det er alltid fagpersonen som har mest ansvar i situasjonen, men bruker skal medvirke og relasjonen skal oppleves som likeverdig. Likeverdighet er en verdi i seg selv. I tillegg kan opplevelsen av å være en likeverdig medspiller gi motivasjon for - og energi til arbeidet man skal gjøre sammen. Det kan kreve noe tid og veiledning før partene finner seg til rette i de relativt nye rollene som bruker og medhjelper, og klarer å legge bort de gamle og kjente rollene som pasient og ekspert.

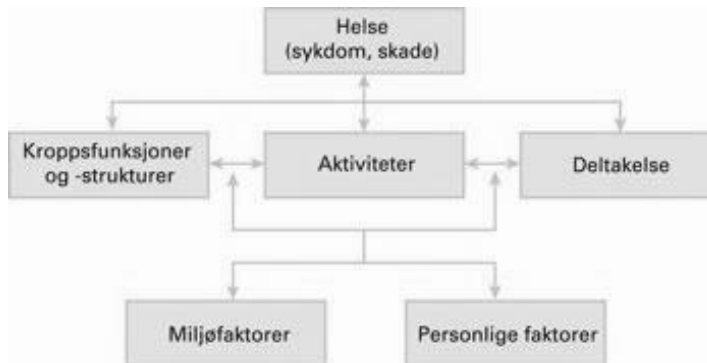


Hverdagsrehabilitering 2015

1.2.2 Funksjon

Sentrale politiske og faglige føringer bygger på ICF («International classification of functioning and health» WHO 2001) som både er en klassifikasjon og en begrepsmodell som ser på sammenhengen mellom funksjon, funksjonshemming og helse. Som begrepsmodell formidler ICF to viktige budskap; Det er grunnleggende for menneskers opplevelse av livskvalitet at vi så langt det er mulig fungerer kroppslig, mestrer aktiviteter og deltar i sosiale situasjoner, også ute i samfunnet. Det som har størst betydning for hvor godt mennesket fungerer er menneskets egne kroppslige, helsemessige og personlige forutsetninger, og

menneskets fysiske og sosiale miljø. Når medhjelperne skal bidra til å bedre brukerens funksjon er det viktig å fokusere på alle de nevnte faktorene, og hvordan de virker sammen.



Skjematisk fremstilling av ICF (WHO 2001)

1.2.3 Tverrfaglig samarbeid og samhandling

Rehabiliteringstilbudet skal være samordnet, tverrfaglig og planlagt. Tverrfaglig samarbeid skal sikre systematisk og målrettet arbeid ved å utnytte merverdien av interaksjon og utveksling av kunnskap mellom fagene. Tverrfaglig tilnærming gjelder både ved kartlegging av behov, gjennomføring og evaluering. Som ICF illustrerer påvirkes brukers mulighet for å mestre funksjoner og aktivitet av så mange faktorer at en faggruppe alene kun kan påvirke deler. Den enkeltes behov er styrende for hvilke aktører som er nødvendig for å sikre et forsvarlig tilbud. Habilitering og rehabilitering omfatter også nødvendige tiltak utenfor helse- og omsorgstjenesten. Begrepet aktør kan innebære ulike fagpersoner innad i samme enhet eller ulike sektorer som eksempelvis arbeids- og velferdsetaten NAV, kultur og fritid.

For å sikre et godt pasientforløp er samhandling mellom aktørene og kjennskap om hverandres kompetanse viktige faktorer. Samhandlingen må omfatte både dialogen mellom tjenesteyterne og bruker samt pårørende, og tjenesteyterne imellom. Kunnskapsbasert og koordinert behandling til riktig tid i alle faser av sykdomsforløpet er med å gi kontinuitet og effektive tjenester (Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator 2015).

1.2.4 Rehabiliteringsprosessen

Når en jobber i en rehabiliteringsprosess, skal både bruker og fagpersoner legge ned mye arbeid over tid. For å oppleve trygghet og forutsigbarhet i prosessen er det viktig for alle å vite hvor man ønsker å nå, og hvordan veien dit kommer til å se ut i grove trekk. Prosessene skal være planlagte, med tilpasset intensitet, styrt av konkrete, tidsbestemte mål som bruker har definert.

Det er en svært viktig del av rehabiliteringsprosessen å veilede bruker frem til å finne egne, betydningsfulle mål. Når man har satt ord på brukers hovedmål, blir dette bestemmende for delmål og tiltak. Hva brukerne synes er viktig å jobbe med for å mestre, er veldig forskjellig. For noen er det nok å mestre bedre kroppslige funksjoner som å sove og ha kontroll over

smerter. For andre er det viktig å være mest mulig selvstendig i daglige aktiviteter. Andre igjen opplever at det viktigste er å kunne delta i sosiale sammenhenger.

I intensive rehabiliteringsperioder kan det være nyttig med en plan for den enkelte dag og uke som synliggjør den viktige vekslingen mellom den konsentrerte jobbingen med delferdigheter, og det å jobbe med og i dagliglivets aktiviteter og livssituasjoner. Det å lære ting på nytt innebærer å veksle mellom å trene på ferdigheter, å bruke de i daglige aktiviteter og å hvile. Dette er hva medarbeidere i rehabiliteringspraksis kaller et "24 timers fokus" på rehabiliteringen.

Med tidsavgrenset menes at målperiodene gjennom forløpet tidfestes, og at dette blir evalueringpunkter som gir grunnlag for nye mål. For noen kan målet nås gjennom en målprosess uten behov for flere tiltak. For andre kan behovet være mer omfattende og kreve flere målprosesser hvor tiltak prioriteres i en logisk rekkefølge. For personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester kan det være aktuelt med en individuell plan og/eller koordinator.

1.3 Kompetanse

Gode rehabiliteringstjenester krever helsepersonell som er faglig oppdatert med tanke på både fagspesifikk og rehabiliteringsfaglig kunnskap. Dette er både den enkelte helsearbeiders ansvar og et ledelsesansvar. Nedenfor skisseres en modell for oppdatering av den rehabiliteringsfaglige kompetansen der fagpersoner og ledere får drøring av kommunen sentralt.

1.3.1 Økt kompetanse i regi av byrådsavdelingen

Det er en målsetting at utviklingen av rehabiliteringsarbeidet skal sees i sammenheng med øvrig utviklingsarbeid innen habilitering- og rehabilitering i kommunen. Ansvaret for dette vil ligge hos BHO, i samarbeid med etatene og Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (KE).

For å oppnå økt kompetanse innen rehabilitering vil BHO ta initiativ til at det arrangeres et byomfattende dagsseminar med faglig innhold en gang i året; "ReHabiliteringsdag – ex 2016". Dette arrangementet utgjør en del av den nasjonale ReHabiliteringsuken. Fokuset på seminaret vil være de verdier og prinsipper som er beskrevet i kap. 1, for eksempel hvordan man jobber med funksjon, målsettingsarbeid, brukermedvirkning og gjennomgang av nyere politiske føringer. Disse arrangementene kan også brukes til å ta opp spørsmål om rutiner som går på tvers av bydelene.

Som en del av det overordnede kompetansearbeidet jobber Byrådsavdelingen med få på plass kompetansegivende kurs og videreutdanning.

1.3.2 Lokalt utviklingsarbeid

For å implementere ny faglig kunnskap og Metodeboken som sådan, trengs en lokal arena for diskusjon. Tverrfaglige og regelmessige samarbeidsmøter kan være en slik arena. Disse møtene skal ikke handle om enkeltbrukere, men om generelle spørsmål og tema knyttet til tenkning og arbeidsmetodikk i rehabilitering.

På rehabiliteringsavdelingene i institusjon har avdelingsleder ansvar for å innkalling og gjennomføring av tverrfaglige samarbeidsmøter 4 ganger i året. Alle som arbeider i det tverrfaglige teamet på rehabiliteringsavdelingen deltar. Tema for møtene er:

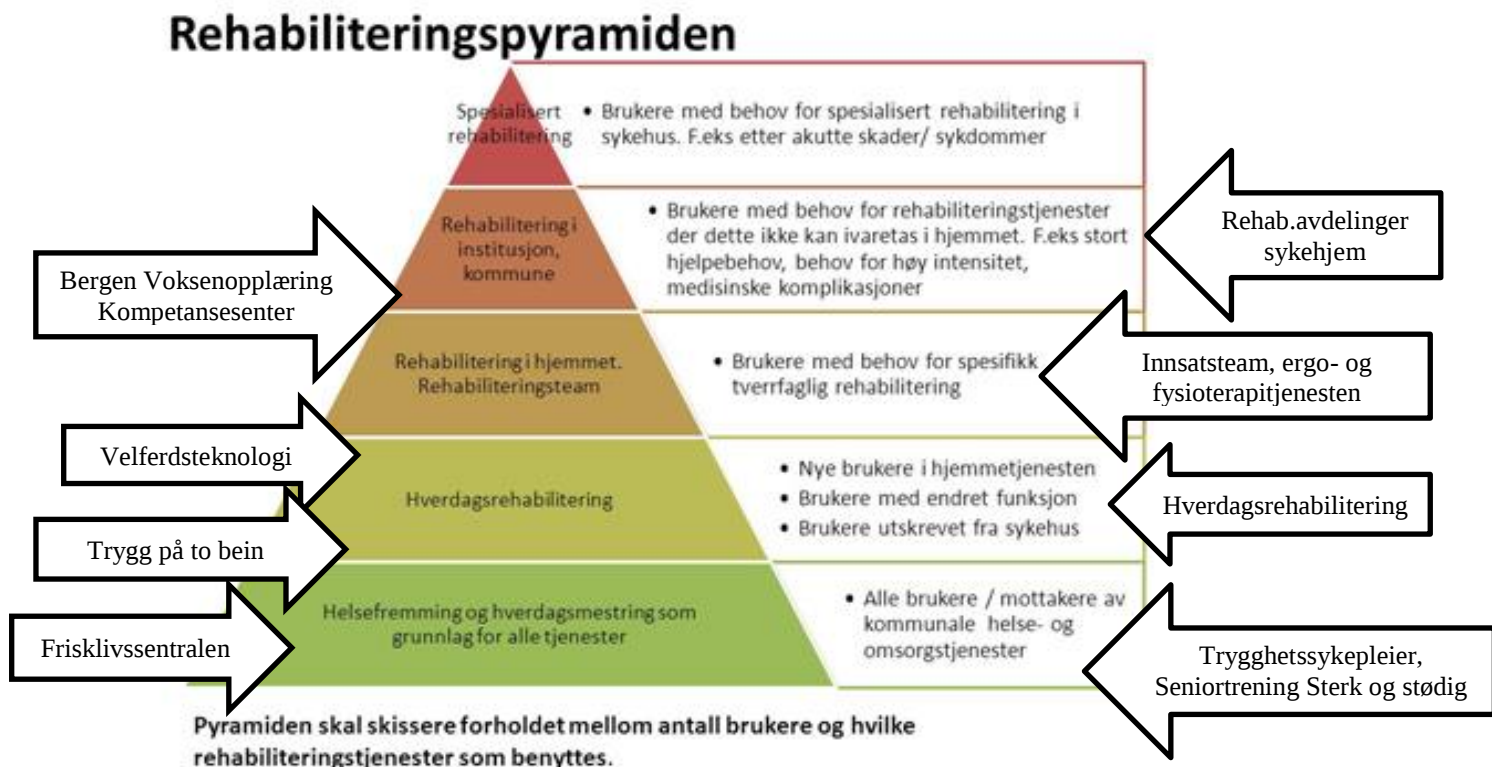
- implementering av kompetanse og metodebok.
- evaluering av system, rutiner og samarbeidsmodeller.
- en gang i året brukes dette møtet til en lokal fagdag som initieres av byrådsavdelingen

Innsatsteamene i de fire enhetene i Ergo- og fysioterapitjenesten har jevnlig fagmøter for drøfting av bruker- case og gjennomgang av rutiner og arbeidsverktøy for å sikre en likhet i utøvelsen av tjenesten.

2. KOMMUNENS REHABILITERINGSTILBUD

Kommunen skal ifølge Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2016) sikre et differensiert tilbud som inneholder funksjonstrening, tilrettelegging og læringstilbud som dekker behovet til kommunens innbyggere. Disse tjenestene kan gis på ulike arenaer; i brukers hjem og nærmiljø, i kommunens lokaler eller i institusjon. Bergen kommune har utviklet ulike rehabiliteringstjenester som presenteres i dette kapitlet.

Rehabiliteringspyramiden nedenfor synliggjør at det finnes ulike former for rehabilitering tilpasset ulike rehabiliteringsbehov, og viser hvilke tjenester kommunen har på de ulike nivåene.



(Kristiansand kommune 2013)

Rehabiliteringspyramiden viser en inndeling av rehabilitering i fem nivåer. De tre nederste nivåene viser rehabilitering i personens eget hjem og nærmiljø og de to øverste nivåene viser til rehabilitering på institusjon. Det nederste nivået kan sies å bestå av stor grad av helsefremmende og forebyggende tiltak der tankesettet hverdagsmestring står sentralt. Pyramiden tydeliggjør at rehabilitering i stor grad er kommunens ansvar, og synliggjør at det er flere brukere på de nederste nivåene. Videre illustreres et behov for høyere grad av spesialisering og medisinskfaglig kompetanse høyere oppe i pyramiden. Lenger nede i

pyramiden er det behov for en annen kompetanse, for eksempel endring av omgivelsene, hverdagslivsforståelse og motiverende samtaler (Tuntland og Ness 2014:28).

2.1. Døgnrehabilitering i institusjon

I følge Stortingsmelding nr. 25 (2005-06) ”Mestring, muligheter og mening” skal kommunen planlegge tilstrekkelig med rehabiliteringsplasser i institusjon, og de skal styre tjenestene slik at det blir god flyt i systemet. I Bergen kommune er det vedtatt at 20 % av sykehjemsplassene skal brukes til korttidsplasser, inkludert rehabiliteringsplasser (Byrådssak 12/09). Det ble i 2012 satt i gang en omstillingsprosess blant annet for å sikre behovet for «rene» rehabiliteringsavdelinger i korttidssykehjem (BkSak 201200887-24). Plassene ble da fordelt på færre sykehjem, og hver av de fire nye enhetene i ergo- og fysioterapitjenesten fikk ett «korttidssykehjem» i sitt distrikt. Pr. 08.09.16 har kommunen 109 plasser fordelt på sju kommunale sykehjem, inkludert Betanien rehabilitering og sykehjem som kommunen har avtale med.

Målgruppen for de kommunale rehabiliteringsavdelingene er i hovedsak eldre personer over 70 år. Betanien tilbyr rehabilitering på kommunalt nivå for voksne personer i aldersgruppen 18- 80 år. Samtidig skal aldersgrensene ikke ses på som absolutt, men i sammenheng med pasientens totalsituasjon og generelle funksjonsevne. Tilbudet gis til voksne og eldre personer som av ulike årsaker, for eksempel helseutfordringer, mangel på trygghet eller fallrisiko, har behov for oppfølging og rehabilitering hele døgnet. Rehabiliteringen gis i et avgrenset tidsrom og brukeren bor på institusjonen under rehabiliteringsoppholdet.

Betanien skal fortrinnsvis gi tilbud til yngre pasienter enn de kommunale rehabiliteringsavdelingene på sykehjem, og til personer med behov for rehabilitering på grunn av kroniske, ortopediske eller nevrologiske sykdommer/ tilstander. Personer som har somatiske problemstillinger, og samtidige utfordringer knyttet til rus og/eller psykiatri, tilhører også Betanien målgruppe. Det vil imidlertid i hvert enkelt tilfelle vurderes hvilken kompetanse og kapasitet som er tilgjengelig og nødvendig for å kunne ivareta den enkeltes behov.

Alle rehabiliteringsavdelingene har tverrfaglige team med sykepleiere, helsefagarbeidere, assistenter, leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter og eventuelt aktivitør. Betanien har i tillegg sosionom. Avhengig av brukers behov samarbeider teamet også med Voksenopplæringen, avd. psykisk helse, og/ eller NAV.

2.2. Rehabilitering utenfor institusjon

Her presenteres kommunens rehabiliteringstilbud som gis i brukers hjem, nærmiljø eller i kommunens lokaler. Hvilket tilbud som gis avhenger av den enkelte brukers behov og funksjonsnivå jf. rehabiliteringspyramiden.

2.2.1 Innsatsteam rehabilitering

Innsatsteam rehabilitering (heretter kalt Innsatsteam) ble utviklet gjennom et tre-årlig samarbeidsprosjekt mellom Bergen kommune og Helse Bergen; Slagbehandlingskjeden-Bergen (2009-2011). Målsettingen for samarbeidet var å etablere en sammenhengende rehabiliteringskjede fra spesialisthelsetjenesten til sykehjem, dagtilbud og tiltak i eget hjem, særlig for slagpasienter. Personer med nevrologiske skader eller sykdommer har behov for tidlig innsats for å gjenvinne eller beholde viktige funksjoner og for å kunne delta i daglige og sosiale aktiviteter (Nevroplan 2015, delplan til Omsorgsplan 2015).

Etter prosjektets slutt ble det opprettet Innsatsteam som et fast tilbud til slagpasienter, og etter hvert ble målgruppen utvidet til også å gjelde personer med traumatisk hodeskade og multipel sklerose (MS). Innsatsteamet består av fire tverrfaglig sammensatte team (fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier) som dekker hele kommunen. Formålet er å bistå bruker til å mestre overganger, for eksempel mellom sykehus eller institusjon til hjemmet eller ved endring av funksjonsnivå, og å mestre den nye hverdagen hjemme best mulig.

Målgruppen for tjenestetilbudet er personer over 18 år som nylig eller innen det siste året har fått påvist

- Hjerneslag
- Lettere eller moderat traumatisk hodeskade
- MS; personer som er nydiagnostiserte eller med atakk (uavhengig av om det er innen det siste året)

Innsatsteamet kan gi tjenester til brukere med sammensatte behov som for eksempel emosjonelle, kognitive og motorisk vansker.

2.2.2 Hverdagsrehabilitering

Bergen kommune startet i april 2015 et utprøvningsprosjekt i hverdagsrehabilitering med varighet til august 2017. Pr. november 2016 er tjenesten byomfattende med tre tverrfaglige team bestående av sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og hjemmetrenere (hjelpepleiere/helsefagarbeidere) samt faste saksbehandlere i hver forvaltningsenhet.

Det overordnede målet med hverdagsrehabilitering er å fremme brukernes hverdagskompetanse og funksjon i daglige aktiviteter. Tjenesten kjennetegnes av tidlig tverrfaglig innsats, at hjemmet brukes som trenings- og læringsarena og tett samarbeid og integrasjon med hjemmetjenestene (Tuntland og Ness 2014:26).

Målgruppen er hjemmeboende voksne og eldre personer som har vansker med å mestre hverdagen på grunn av funksjonsfall, og som henvender seg til kommunen med behov for kommunale tjenester.

2.2.3 Øvrige rehabiliteringstjenester

En rekke andre kommunale tjenester samarbeider med brukere med behov for sammensatte og koordinerte tjenester. Dette gjelder for eksempel hjemmesykepleien, forvaltningsenheten,

fastlegene, ergo- og fysioterapitjenesten og Bergen Voksenopplæring. Innholdet i de ulike tjenestene beskrives ikke nærmere her. Voksenopplæringen har fra 1. august 2016 gjennomført en omorganisering og det er etablert et Kompetansesenter som skal ivareta tilbud fra logoped og synspedagog for rehabiliteringsbrukere. Hvordan Voksenopplæringens ressurser og kompetanse skal benyttes og integreres i det tverrfaglige rehabiliteringsarbeidet i kommunen vil bli jobbet med videre.



Seniortrim- Sterk og stødig

3. MÅLGRUPPER OG VURDERINGSKRITERIER

3.1. Målgrupper for rehabilitering

Rehabiliteringstilbudet som er beskrevet i metodeboken er rettet mot brukere som har fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsnedsettelse. I ”Plan for rehabilitering og habilitering i Bergen kommune” er målgruppen for rehabilitering omtalt på samme måte som i Stortingsmelding 21 (1998-99):

Målgruppene for rehabilitering er: ”...alle personer som har behov for habilitering og rehabilitering på grunn av medfødt eller ervervet funksjonshemming eller kronisk sykdom. Tilsvarende for personer som står i fare for å utvikle funksjonshemming eller kronisk sykdom”.

Med bakgrunn i Stortingsmelding 21 (1998-99) og ICF kan målgrupper for rehabilitering grupperes ut i fra at det skjer endringer med brukeren selv (indre forandringer) eller i omgivelsene (ytre forandringer), og så deles inn i undergrupper (Bredland m.fl. 2002).

GRUPPE 1: FORANDRINGER MED BRUKEREN (INDRE FORANDRINGER)

Med indre forandringer menes det ”forandringer av fysisk, psykisk eller kognitiv karakter”. Alle med medisinske diagnoser som utgangspunkt for rehabilitering hører med i denne gruppen. En totalvurdering av brukers situasjon og funksjon vil være avgjørende for hvor det er mest hensiktsmessig at rehabiliteringen blir gjennomført.

Gruppe 1a) Bruker har hatt et brått fall i funksjonsnivå, men med mulighet til å oppnå funksjonsforbedring og deltagelse (på tidligere eller på et lavere funksjonsnivå).

Eksempler:

- Brudd. Skaden skjer brått, og det er behov for rehabilitering for å oppnå funksjonsforbedring.
- Akutt skade eller sykdom som hjerneslag eller ulykker.
- Funksjonsnedsettelse etter operasjon.
- Infeksjon eller medisinsk tilstand som har ført til en brå endring i funksjon

Gruppe 1b) Bruker har et langsomt fall i funksjonsnivå, med mulighet for å oppnå funksjonsforbedring eller vedlikeholde funksjon.

Eksempler:

- Kroniske sykdommer som MS, Parkinson, leddgikt, muskel- og skjelettsykdommer
- Redusert funksjon på grunn av ulike medisinske diagnoser (hjerte, lunge)
- Brukere med sammensatte problemstillinger, redusert allmenntilstand, dårlig ernæringsstatus

GRUPPE 2: FORANDRINGER I OMGIVELSENE (YTRE FORANDRINGER)

Med ytre forandringer menes det at miljøet personen lever i, forandrer seg. Her er det omgivelsene og kravene som endrer seg, og fører til utfordringer både fysisk og psykisk. For denne gruppen vil ofte rehabilitering utenfor institusjon være mest aktuelt.

Gruppe 2a) Bruker opplever forandringer i sitt fysiske miljø. I bolig, nærmiljø, på arbeidsplass.

Eksempler:

- Brukere med behov for bistand for å mestre kravene fra omgivelsene. Det kan være i ny bolig, ny arbeidsplass, eller endringer i utemiljøet der en ferdes.

Gruppe 2b) Bruker opplever forandringer i sitt psykososiale miljø. Familie, sosialt nettverk, sivil status.

Eksempler:

- Brukere som ber om hjelp til omsorgstjenester etter å ha mistet nær familie eller andre betydningsfulle personer.
- Brukere med uklare eller kompliserte problemstillinger som gradvis trekker seg tilbake fra tidligere aktiviteter, og som har behov for et tverrfaglig tilbud.

Det vises til vedlegg 1) for eksempler på kasus for døgnbasert rehabilitering og rehabilitering utenfor institusjon.

3.2. Generelle vurderingskriterier

Forvaltningsenhetene har et særlig ansvar for å vurdere hvilken type tjeneste som er best egnet ut i fra brukerens behov og et kost- nytte prinsipp. Tjenesten skal gis på et lavest mulig trinn i omsorgstrappen (BKSak 201604296-6). For eksempel kan en rehabiliteringsprosess

starte i hjemmet før brukeren er klar for rehabilitering i institusjon. Dette stiller krav til å gi riktig tilbud på rett tid i forløpet for å få et helhetlig rehabiliteringsforløp.

Dersom hjemmesykepleien, fastlegen, privatpraktiserende fysioterapeuter, forvaltningsenheten, eller andre tjenester observerer en forandring (indre eller ytre) hos en person som kan ha behov for rehabilitering, kan man henvise til Ergo- og fysioterapitjenesten for en vurdering.

Som en hovedregel skal alle vurderingskriteriene være oppfylt før rehabilitering kan iverksettes. I tillegg har rehabiliteringstjenestene ulike målgrupper som beskrives nærmere i kap. 2.

Generelle vurderingskriterier:

- **Bruker har mål for rehabiliteringsprosessen.**
- **Bruker har behov for bistand for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne.**
- **Bruker har et sammensatt problem og behov for et tverrfaglig tilbud.**
- **Bruker er motivert eller kan motiveres for rehabilitering.**
- **Bruker er medisinsk i stand til å yte egeninnsats.**
- **Bruker har evne til samarbeid og kan ta instruksjon.**

3.2.1 Utdyping av vurderingskriteriene

Bruker har mål for rehabiliteringsprosessen:

Det er viktig at bruker har tanker om hva han/hun ønsker å oppnå i løpet av rehabiliteringsprosessen, og har et ønske om at endring skal skje på funksjons- og deltakelsesnivå. Dersom bruker har vanskeligheter med å definere egne mål, kan bruker likevel være aktuell for rehabilitering. Da kan pårørende eller nære personer være til hjelp.

Bruker har behov for bistand for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne:

Dette innebærer at bruker har behov for personhjelp og faglig oppfølging for å kunne oppnå bedre funksjon og få mulighet til å være deltagende.

Bruker har et sammensatt problem og behov for et tverrfaglig tilbud:

Bruker har funksjonsnedsettelse eller står i fare for å få det, som igjen påvirker ulike deler av personens liv. Funksjon må vurderes ut fra helsemessige forhold, kroppsfunksjoner og – strukturer, aktiviteter, deltagelse, i sammenheng med miljø og personlige faktorer. Det er behov for at flere faggrupper arbeider sammen for at bruker skal kunne oppnå best mulig funksjonsevne.

Bruker er motivert eller kan motiveres for rehabilitering:

Bruker må være villig til å gjøre en innsats for å kunne være deltagende i egen rehabiliteringsprosess.

Bruker er medisinsk i stand til å yte egeninnsats:

Det må kartlegges om det er medisinske forhold/ diagnoser som påvirker brukers mulighet for å nyttiggjøre seg rehabiliteringen. Bruker må være i stand til å yte egeninnsats fysisk, psykisk og kognitivt.

Bruker har evne til samarbeid og kan ta instruksjon:

Bruker kan ha redusert kognitiv funksjon og psykisk helse, men må kunne samarbeide og ta instruksjon. Instruksjon kan formidles verbalt, nonverbalt, visuelt eller via guiding / håndledning.

4. RUTINER VED SØKNAD OG HENVISNING

Det er ulike rutiner for søknad og henvisning til kommunens ulike rehabiliteringstjenester, og disse beskrives i dette kapittelet.

4.1 Rutiner ved søknad om døgnbasert rehabilitering ved institusjon

Søknad fra spesialisthelsetjenesten om døgnbasert rehabilitering ved institusjon kommer som elektronisk melding i Profil. Søknad kan også sendes skriftlig til Forvaltningsenheten i aktuelle sone. Forvaltningsenheten behandler søknaden og fatter vedtak, og sender så svar til bruker sammen med en informasjonsbrosjyre.

Ved søknad fra hjemmeboende skal skjemaet ”Søknad om hjemmetjenester, institusjonsopphold, tilrettelagte boliger m.v.” (vedlegg 2) fylles ut og underskrives av bruker. Det skal legges ved oppdaterte legeopplysninger ved søknaden, og opplyses om det foreligger andre rapporter, epikriser eller lignende. I tillegg skal skjemaet ”Vurdering for rehabilitering i Bergen kommune” (vedlegg 3) fylles ut av fagperson fra kommunehelsetjenesten i samarbeid med bruker. Vurderingsskjemaet er et verktøy for å vurdere om bruker kan gjøre seg nytte av rehabilitering og hvilket rehabiliteringstilbud som egner seg best ut i fra den enkelte brukers behov. Hos brukere med kjent funksjonsstatus fra tidligere rehabiliteringsopphold og liten endring i helsetilstand, er det ikke behov for nytt vurderingsskjema. Saksbehandler i forvaltningsenheten skal, i samarbeid med bruker, skriftliggjøre brukers hovedmål for rehabiliteringsoppholdet i vedtaket.

Ved døgnrehabilitering i sykehjem innvilges det som hovedregel 3 uker eller 4 uker. Oppholdet kan utvides etter faglig vurdering. Med bakgrunn i kunnskapsbasert praksis bør det vurderes å utvikle differensierte rehabiliteringsforløp for ulike pasientgrupper, noe som kan innebære ulike behov for lengde på rehabiliteringsoppholdet og type oppfølging etter utskrivning.

Når rehabiliteringspotensialet hos bruker er usikkert, bør det innvilges 2 ukers vurderingsopphold der det tverrfaglige teamet gjennomfører en kartlegging og vurdering av brukers behov. Dersom bruker vurderes å kunne ha nytte av rehabilitering forlenges oppholdet, eventuelt overføres brukeren til et mer egnet tilbud.

For brukere som har et langsomt fall i funksjonsnivå og som har behov for tverrfaglige tjenester, kan rehabiliteringsopphold 1 – 2 ganger i året bidra til vedlikehold av funksjon. Mål for oppholdet er å vedlikeholde funksjon slik at bruker fortsatt kan klare å bo hjemme, evt. med hjelp av hjemmesykepleien. Det er da særlig viktig med et tett samarbeid mellom rehabiliteringsavdelingen, hjemmetjenesten og forvaltningsenheten og at brukers nytteverdi av rehabiliteringsoppholdet dokumenteres i tverrfaglig epikrise.

Forvaltningsenheten, avdelingsleder ved rehabiliteringsavdeling, hjemmesykepleien og en representant fra Ergo- og fysioterapitjenesten har telefonmøte x 1 pr. uke med tanke på planlegging av utskrivninger og vurdering av forlenget opphold.

Ved Betanien rehabilitering og sykehjem er søknadsrutinene litt annerledes. Forvaltningsenheten vurderer søknader om rehabiliteringsopphold og sender saksopplysninger på godkjente søkere til Betanien. Inntak skjer i samarbeid mellom partene. Utskrivning og vurdering av forlenget opphold planlegges av primærkontakt på Betanien i samarbeid med saksbehandler i forvaltningsenheten. Dersom det er behov for tverrfaglige møter for å planlegge utskrivning eller ved endret hjelpebehov innkaller Betanien til møte.

4.2 Rutiner ved søknad og henvisning til rehabilitering utenfor institusjon

4.2.1 Rutiner ved henvisning til Innsatsteamet

Henvisning til Innsatsteamet foregår direkte til de enkelte teamene via Profil eller telefon. Ved henvisning via Profil benyttes skjemaet «Henvisning til ergo /fysio». Alle teamene bruker initialene KRRO. Henvisingsinstanser som ikke har tilgang til Profil kan ta kontakt med de enkelte teamene pr telefon. Det kreves at oppdaterte legeopplysninger samt relevante epikriser og rapporter fra aktuelle faggrupper følger ved henvisningen. Nye henvisninger blir vurdert fortløpende av det teamet som bruker er henvist til og prioriteres etter nedenstående prioriteringsnøkkel.

Diagnose	Prioritet	Oppstart
Slag/ traumatisk hodeskade	Prioritet 1 Fra akutt avd. HUS/HDS	- telefonkontakt innen 2 virksomhetsdager - innkomstsamtale innen 5 virksomhetsdager etter hjemkomst
	Prioritet 2 Fra rehab avd a) AFMR b) Betanien c) Kommunale døgn- rehabiliteringsavd.	- telefonkontakt innen 5 virksomhetsdager - innkomstsamtale innen 10 virksomhetsdager etter hjemkomst
	Prioritet 3 Andre (fastlege, HSY, bruker, pårørende o.a.)	- telefonkontakt innen 5 virksomhetsdager - innkomstsamtale innen 1 måned etter henvisning
MS	- Etter attack - Nydiagnostiserte pasienter fra Nevrologisk avd og AFMR	telefonkontakt innen 5 virksomhetsdager - innkomstsamtale innen 1 måned etter henvisning

Ved stor pågang og arbeidsmengde i et team kan nye brukere bli omfordelt til et annet team. Dersom det er søkt om døgnrehabiliteringsopphold samtidig og bruker benytter seg av plassen ved institusjon, må det sendes ny henvisning til Innsatsteamet hvis behovet for tjenesten

fortsatt er aktuelt ved hjemreise. Bruker kan få tjenesten på nytt ved ny skade eller ved nytt angrep ved MS. Tjenester fra Innsatsteamet er pr. november 2016 ikke vedtaksstyrt.

DEL II DØGNBASERT REHABILITERING

5. RUTINER VED DØGNBASERT REHABILITERING I SYKEHJEM

5.1. Innledning

Brukers rehabiliteringsprosess ved døgnbasert rehabilitering deles inn i syv faser:

- 1. Kartlegging** er sentralt, og vi anbefaler å benytte kartlegging basert på ICF for å få med viktige områder i personens liv. Det er utarbeidet et kartleggings skjema til bruk under rehabiliteringsopphold, som inneholder områdene deltagelse, aktivitet og kroppsfunksjoner.
- 2. Innhenting av informasjon og vurdering av rehabiliteringsmuligheter** er ofte gjort før personen er kommet på et rehabiliteringsopphold. Det er da viktig å innhente opplysninger om de vurderingene som er gjort før oppholdet.
- 3. Mål.** Det er viktig at bruker formulerer egne mål i rehabiliteringsprosessen. Målene skal være konkrete, og det skal lages hovedmål og delmål.
- 4. Valg av tiltak** blir gjort på bakgrunn av målene som er satt opp, og tiltakene bør tilpasses brukerens situasjon. Bruker bør delta i valg av tiltak.
- 5. Gjennomføring av plan.** Det skal lages en rehabiliteringsplan under oppholdet som inneholder mål, tiltak, evaluering og oppfølging. Bruker skal medvirke i utforming av planen, og har sammen med fagpersoner ansvar for å gjennomføre de tiltakene som er planlagt.
- 6. Evaluering** av mål og tiltak må gjøres underveis i prosessen, og mot slutten av oppholdet bør det være en samlet evaluering av måloppnåelse og rehabiliteringsoppholdet.
- 7. Oppfølging og vedlikehold.** For at bruker skal kunne nyttiggjøre seg de ferdigheter han har oppnådd under oppholdet, bør det være en planlagt oppfølging. Dette avtales mellom rehabiliteringsavdelingen og hjemmesykepleien evt. andre samarbeidsparter gjennom kommunikasjonskanaler som epikrise, rapport og huskeliste i Profil, telefon og evt. felles hjemmebesøk.

5.2 Arbeidsrutiner

Som tidligere beskrevet er rehabilitering en individuell prosess der flere aktører samarbeider om tiltak på en planlagt måte. I rehabiliteringsprosessen trenger brukeren og det tverrfaglige teamet en arbeidsmetode for at de skal kunne jobbe målrettet og strukturert. Rutinene for arbeidet er laget på bakgrunn av de ulike fasene i rehabiliteringsprosessen, det vil si at arbeidet følger et bestemt mønster som går igjen for alle brukere. Faste rutiner og arbeidsmetoder skaper trygghet og forutsigbarhet for bruker, og øker kvaliteten på arbeidet.

Det er lagt vekt på å lage rutiner og verktøy som gir effektiv bruk av personalressurser, forenkler arbeidsprosessene og sikrer forsvarlig og hensiktsmessig dokumentasjon.

Innkomstsamtale

Tilstede: Bruker og primærkontakt (evt. sekundærkontakt). Pårørende deltar dersom det er ønskelig.

Tidspunkt: 1. dag.

Ansvar: Primærkontakt (evt. sekundærkontakt) innkaller og har ansvar for dokumentasjon i innkomstregistreringsskjema i Profil (vedlegg 4).

Innhold: Samtale om brukers bakgrunn for oppholdet, sykdomshistorie og funksjonsnivå.
Avklare brukers og evt. pårørendes forventninger til oppholdet, og tydeliggjøre brukers egenansvar for rehabiliteringsprosessen.
Bruker får utdelt en perm med informasjon om tilbudet ved rehabiliteringsavdelingen og hva som forventes av eget ansvar og innsats. Etter samtalen legges utfylt innkomstregistrerings-skjema umiddelbart inn i Profil.
Etter samtykke fra bruker tar primærkontakt opp med pårørende om de har behov og ønske om en egen samtale.

Kartlegging

Tidspunkt: Så snart som mulig og senest innen første uke, før målsettingssamtalen.

Ansvar: Alle fagpersonene på rehabiliteringsavdelingen er ansvarlig for å holde seg informert om og kartlegge brukers totalsituasjon, i tillegg til sitt eget fagområde.

Innhold: Kartlegging av brukers funksjon og situasjon skal bidra til å danne grunnlag for brukers målsetting og tiltak. Saksutredning/vedtak, rapporter med mer inneholder viktig informasjon som skal innhentes ved innkomst. Personalet på avdelingen har hovedansvar for kartlegging av ernæring, medisiner, søvn, eliminasjon, personlig hygiene og påkledning. Kartlegge nåværende hjelpebehov og tjenester. Primærkontakt fyller ut innkomstregistreringsskjema. Legen har hovedansvar for å vurdere fysisk og mental funksjon, medisinsk tilstand og behandling. Evt. henviser til andre undersøkelser. Ergoterapeuten har hovedansvar for kartlegging av aktiviteter i dagliglivet, hjemmesituasjon og hjelpemidler som er i bruk. Fysioterapeuten har hovedansvar for analyse av bevegelser og kartlegging av fysisk funksjon. Alle fagpersonene er ansvarlige for å dokumentere kartleggingen i journal -se pkt. 6.2.8 Dokumentasjon.

Målsettingssamtale

- Til stede:** Bruker, primær kontakt (evt. sekundærkontakt) og terapeuter (avhengig av brukers behov vurderes det om både ergo- og fysioterapeut deltar). I tilfeller der bruker og fagpersoner på forhånd har utarbeidet mål deltar kun bruker og primærkontakt. Pårørende bør innkalles når bruker har vansker med å formidle egne ønsker og mål eller ønsker det av andre grunner.
- Tidspunkt:** Så snart som mulig og senest innen en uke.
- Ansvar:** Primærkontakt (evt. sekundærkontakt) har ansvar for innkalling til målsettingssamtale, gjennomføring og dokumentasjon i journal (Rehabiliteringsplan vedlegg 5)
- Innhold:** Komme frem til brukers mål, tiltak og ansvarlige for tiltakene (Rehabiliteringsplan). Dersom brukers mål er fastsatt før møtet fremlegger primærkontakt Rehabiliteringsplan for bruker.

Tverrfaglig fremdriftsmøte

- Tilstede:** Avdelingssykepleier og pleiere på avdelingen, ergoterapeut, fysioterapeut, lege og eventuelt aktivitetør.
- Tidspunkt:** En gang i uken.
- Ansvar:** Avdelingssykepleier leder møtet etter fast struktur.
- Innhold:** Innholdet tilpasses ved den enkelte rehabiliteringsavdeling. Stikkord: Gjennomgang av mål, tiltak og evaluering (dokumenteres i den enkelte brukers rehabiliteringsplan).
Medisinsk status.
Vurdere behov for hjemmebesøk.
Vurdere behov for forlenget opphold, begrunnes faglig i journal.
Vurdere utreisedato.
Avtale og planlegge sluttevalueringssamtale-/møte.

Hjemmebesøk

Hjemmebesøk skal gjennomføres i tilfeller der brukeren har en større endring i funksjonsnivå og/eller fysisk eller psykososialt miljø, og/eller der behovet for helse- og omsorgstjenester har endret seg siden det aktuelle.

- Tilstede:** Bruker (når det lar seg gjøre), pårørende, ergoterapeut. Ved behov deltar eventuelt fysioterapeut eller pleier fra rehabiliteringsavdelingen.
Hjemmesykepleien deltar når hjemmesykepleie er aktuelt etter utskrivning.
Dersom bruker deltar bør det delta minimum to fagpersoner.
- Tidspunkt:** Behov for hjemmebesøk avklares så tidlig som mulig i oppholdet og gjennomføres så snart det er hensiktsmessig.
- Ansvar:** Ergoterapeut har ansvar for planlegging, gjennomføring og dokumentasjon av hjemmebesøket (hjemmebesøksrapport).
- Innhold:** Hjemmebesøk skal gjennomføres på brukere med større endringer i funksjonsnivå og/eller endringer i fysisk eller psykososialt miljø.

Kartlegge hjemmesituasjonen, og vurdere behov for tilrettelegging og hjelpemidler.

Rapportmøte

Rehabiliteringsavdelingene har rapport hver morgen og ved vaktskifte der aktuell informasjon blir formidlet videre. Ergoterapeuter og fysioterapeuter kan delta på rapportmøte ved behov.

Sluttevalueringssamtale/ -møte

Til stede: Bruker, primærkontakt (evt. sekundærkontakt), terapeuter (avhengig av brukers behov om både ergo- og fysioterapeut deltar), logoped, synspedagog o.a. Pårørende bør innkalles dersom bruker samtykker til dette. Hjemmesykepleien og andre samarbeidspartnere deltar dersom bruker skal ha oppfølging fra de etter utskriving. Ved behov for nye tjenester eller der behovet for tjenester har endret seg, kan forvaltningen delta.

Tidspunkt: Arrangeres før utreise.

Ansvar: Primærkontakt (evt. sekundærkontakt) har ansvar for innkalling til sluttevalueringssamtale /-møte, gjennomføring og dokumentasjon i journal.

Innhold: Evaluering av måloppnåelse (jf. bruk av kartleggingsverktøy før og ved avsluttet rehabiliteringsopphold) og rehabiliteringsoppholdet. Sikre god overføring til hjemmet ved å planlegge videre oppfølging og henvise til aktuelle tjenester (f.eks. Hverdagsrehabilitering, Innsatsteam, hjemmesykepleie, ergo- og fysioterapitjenesten). Brukere med fallrisiko ved utskriving skal spesielt vurderes med tanke på behov for tverrfaglige tiltak.

5.3. Dokumentasjon

Helsepersonell er pliktig til å dokumentere sitt arbeid i brukers journal. Sykehjemmene skal fra 2016 benytte GBD som klinisk beslutningsstøttesystem i tillegg til Profil. Det vises til «Prosedyre for journalføring i sykehjemmene som bruker GBD» for detaljerte føringer om hvordan dette skal gjøres.

Ved rehabiliteringsavdelingene gjelder følgende prosedyre: Sykepleiere, helsefagarbeidere og lege dokumenterer fortløpende journal i GBD, mens ergoterapeuter og fysioterapeuter dokumenterer fortløpende journal i Profil. Ergo- og fysioterapeuter skal registrere oppstart og avslutning av tjeneste i GBD. I tillegg skal alle faggrupper og saksbehandlere i forvaltningsenhetene dokumentere følgende opplysninger i Profil: IPLOS, dokumentasjon/ saksbehandling, henvisninger til ergo- og fysioterapi, elektronisk meldingsutveksling, inn- og utskriving og oppdatert legemiddelkort ved utreise.

Ved døgnrehabiliteringsopphold skal dette dokumenteres (alle skjema ligger i Profil):

- Innkostregistreringsskjema (vedlegg 4)
- Rehabiliteringsplan (vedlegg 5).
- Tverrfaglig epikrise (vedlegg 6).

Sykepleier og lege lager henholdsvis sykepleienotat og oppsummeringsnotat i GBD, som kopieres over i tverrfaglig epikrise i Profil. Avdelingsleder er ansvarlig for at dette blir gjort. Tverrfaglig epikrise sendes til fastlege. Bruker får med seg epikrisen ved utreise.

5.4 Tilbud i rehabiliteringsavdelingen

Tjenestene som blir gitt baserer seg på faglige vurderinger og retningslinjer, og skal bidra til økt mestring i daglige aktiviteter og økt deltagelse sosialt. Brukers mål er styrende for hvilke tiltak de ulike faggruppene legger til rette for. Det er viktig å avklare i det tverrfaglige teamet hvilke tilbud den enkelte får og hvem som har ansvar for dette. Rehabilitering foregår hele døgnet, og det er viktig med et aktivt miljø på avdelingen. Felles aktiviteter om formiddag, ettermiddag og i helger kan bidra til økt deltagelse sosialt.

Sykepleier/

personalet på avd.: Kartlegging, vurdering, trening og oppfølging av brukers mål/tiltak i forhold til personlig hygiene, påkledning, måltider og medisiner.
Legge til rette for og assistere ved egentrening.
Vurdere hjelpebehov og koordinere tjenester i hjemmet etter utreise.
Kontakt med pårørende.

Lege: Medisinsk vurdering ved innkomst.
Behandling og oppfølging ut i fra behov, evt. henviser til andre tjenester.
Delta i det tverrfaglige arbeidet.

Ergoterapeut: Kartlegging, vurdering, trening og tilrettelegging i daglige aktiviteter.
Hjemmebesøk med tilrettelegging av bolig.

Fysioterapeut: Kartlegging, vurdering og trening av bevegelser og funksjon.
Oppfølging kan være individuelt og i gruppe.
Utarbeide skriftlig treningsprogram for hver bruker for egentrening og assistert trening på kveld og helg.

Sosionom: Kartlegging og utrede barrierer i pasientens livssituasjon for eksempel sosial funksjon, bosituasjon, hjelpe- og trygghetsbehov.
Råd og veiledning i forhold til diverse ytelser, stønader, rettigheter og sosiale tiltak.
Bistand ved skriving av søknader.
Formidle kontakt med øvrige hjelpeinstanser (for eksempel NAV stat, NAV sosial, boligkontor, FVE, fastlege).

5.4.1 Trening i gruppe

Det anbefales felles trening 2 ganger i uken. På dager det er felles trening erstatter dette individuell trening. Mengde individuell trening og gruppetrening vil variere etter den enkelte brukers funksjon og behov. Fysioterapeut har ansvaret for felles trening med fokus på kroppslige funksjoner som styrke, balanse og koordinasjon. Ergoterapeut har ansvaret for en felles trening med fokus på mestring av daglige aktiviteter. Fysioterapeut og ergoterapeut har ansvar for gjennomføring sammen med pleiepersonalet.

5.4.2 Ernæring og rutiner i forhold til måltider

I følge «Retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring ved aldersinstitusjoner i Bergen kommune» (BkDok 2009-00305) skal alle brukere ved aldersinstitusjoner, inkludert rehabiliteringsavdelingene, kartlegges og vurderes med tanke på ernæringsstatus og behov for tiltak (ernæringsplan). Primærkontakt er ansvarlig for å kartlegge, vurdere og sette i gang eventuelle tiltak på sine pasienter. Sykehjemslege skal i samarbeid med avdelingspersonalet vurdere pasientens ernæringsstatus. Dokumentasjon om ernæringsstatus og behandling skal dokumenteres i journalsystemet og videreføres når bruker overføres til annet omsorgsledd.

I kommunens retningslinje anbefales frokost, lunsj, middag og kvelds. Tidspunkt for måltidene har betydning for det individuelle treningstilbudet og bør tilpasses i rehabiliteringsavdelingene.

5.5 Oppfølging etter rehabiliteringsopphold i institusjon

Braker har selv ansvar for sin egen rehabiliteringsprosess men vil gjerne trenge oppfølging av kommunale tjenester etter utskrivning fra rehabiliteringsavdelingen. Brukers rehabiliteringsplan med mål og tiltak er utgangspunktet for hva slags oppfølging bruker har behov for. Planlegging av utskrivning bør gjøres i tett samarbeid mellom bruker, rehabiliteringsavdelingen, forvaltningsenheten, hjemmesykepleien, ergo- og fysioterapitjenesten og andre samarbeidspartnere. Videre målsetting, tiltak og ansvarlige for tiltakene beskrives i tverrfaglig epikrise som bruker får med seg ved utreise, og som legges i Profil. Slik kan en sikre noe av overgangen mellom institusjon og hjem, og fange opp evt. behov for nye tiltak. Det er ofte behov for et tett samarbeid mellom de kommunale tjenestene, og individuell plan og/eller koordinator kan være et hjelpemiddel i denne prosessen. Pårørende kan også være en viktig støttespiller.

For noen brukere kan det være aktuelt med tidsavgrenset opplæringsvedtak slik at hjemmesykepleien kan følge opp brukers rehabiliteringsmål og –tiltak. Hvis bruker ikke er i stand til å gjenoppta tidligere aktiviteter, kan vedkommende ha behov for nye aktiviteter som dagsenter, støttekontakt eller hjelp fra frivillige organisasjoner. Eksempler på annen oppfølging kan være en periode med tjenester fra Innsatsteamet, hverdagsrehabilitering, fallforebyggende tiltak eller oppfølging fra Ergo- og fysioterapitjenesten individuelt eller i gruppe.

For brukere som har et langsomt fall i funksjonsnivå (kroniske sykdommer eller alderdomsrelaterede forandringer) og som har behov for tverrfaglige tjenester, kan rehabiliteringsopphold 1 – 2 ganger i året bidra til vedlikehold av funksjon –se pkt. 4.1.

5.5.1 Ansvarsdeling ved oppfølging

Rehabiliteringsavdelingen:

- Avdelingsleder er ansvarlig for at tverrfaglig epikrise skrives og sendes.
- Brosjyre angående frivillige organisasjoner deles ut til brukerne ved utreise.

- Kontakte og opprette samarbeid med hjemmesykepleien før utreise, og gi veiledning av hjemmesykepleien ved behov.

Ergo- og fysioterapeut ved rehabiliteringsavdelingen:

Dersom bruker har behov for oppfølging av rehabiliteringstiltak i hjemmet:

- Kontakte og opprette samarbeid med ergo- og fysioterapitjenesten, Innsatsteam rehabilitering eller hverdagsrehabilitering før utreise.

Hvis det ikke er iverksatt andre rehabiliteringstiltak eller kommunal ergoterapi og/eller fysioterapi etter utreise:

- Terapeut(ene) ved rehabiliteringsavdelingen gjennomfører 1 telefonsamtale med bruker eller 1 hjemmebesøk innen 1 mnd. etter utreise. Hensikten er å vurdere brukers funksjon i hjemmet og om hjelpemidler eller tilrettelegging som er gjennomført fungerer. Dersom terapeut(ene) mener at det holder med å ta en telefon så skal det journalføres at dette vurderes som tilstrekkelig. Dersom det i kontakt med bruker fremkommer at det er behov for ytterligere oppfølging henviser terapeut(ene) til kommunal ergo- og fysioterapitjeneste, eventuelt andre tjenester.

Hjemmesykepleien:

- Samarbeide med rehabiliteringsavdelingen, forvaltningsenheten, ergo- og fysioterapitjenesten, Innsatsteam rehabilitering og/eller hverdagsrehabilitering før/etter hjemreise.
- Tverrfaglig epikrise skal leses minimum av brukers primærkontakt
- Følge opp tiltak i Rehabiliteringsplanen for brukere som har opplæringsvedtak

DEL III REHABILITERING UTENFOR INSTITUSJON

6. Rutiner ved rehabilitering utenfor institusjon

6.1 Innsatsteamets arbeidsmetoder

Innsatsteamet støtter seg til Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Innsatsteamet har i tillegg et spesielt fokus på *tidlig støttet utskrivning (Early Supported Discharge)*, *tverrprofesjonelt teamarbeid* og *brukermedvirkning*.

Tidlig støttet utskrivning

Metodikken innebærer tett oppfølging i hjem og nærmiljø av et kompetent team i første fase etter akuttbehandling og utskrivning fra sykehus. Det innebærer tett samarbeid og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. (Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering for hjerneslag 2010). Innsatsteamene kontakter bruker tidlig etter hjemkomst fra sykehus eller institusjon, og iverksetter tjenesten innen kort tid. Dette for å bidra til å sikre overgangsfasen til hjemmet og gi bistand den første tiden hjemme.

Tverrprofesjonelt teamarbeid og brukermedvirkning

Tjenesten utøves ved tverrprofesjonelt samarbeid i team og med stor grad av brukermedvirkning i brukerens målrettede rehabiliteringsprosess. Innsatsteamet skal utøve integrert tverrfaglighet, noe som innebærer direkte forpliktende samarbeid om gjennomføring av tiltak fram mot det enkelte delmål (Bredland, 2002). Brukeren skal integreres i det tverrfaglige samarbeidet i Innsatsteamet.

Ved integrert tverrfaglighet er det fellesfaglige arbeidsområder der kompetansen til en faggruppe overlapper en annen faggruppe i forhold til deler av oppgaven som skal løses. Basiskunnskap for kunne gi oppfølging til målgruppen kan sies å være fellesfaglig (Bredland, 2002). Oppgavefordelingen mellom teammedarbeiderne gjøres ut fra kunnskap, kompetanse, erfaring og kapasitet. I noen tilfeller kan en teammedarbeider bli veiledet av en annen til å utføre oppgaver som tradisjonelt er innenfor den andre profesjons fagområde.

Verdiene og holdningene i den integrerte tverrfaglige arbeidsmetoden, danner bakgrunn for arbeidsrutinene og arbeidsverktøyene som brukes i praksis. Innsatsteamet har selv funnet fram til felles verdier som det integrerte tverrfaglige samarbeidet skal være bygget på; ærlighet, åpenhet, modighet og tillit.

Nærteam og kontaktperson

Nærteamet og brukeren utgjør kjernen i det daglige arbeidet i RUI. Nærteamet består av sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut. Nærteamet kommer i fellesskap fram til prioritering og fordeling av oppgaver og framdrift i rehabiliteringsprosessen. Nærteamet har ukentlige møter (det anbefales 2 møter pr. uke). På møtene gjennomgås kartlegginger, vurderinger og evaluering av tiltak og rehabiliteringsplaner og det vurderes behov for videre oppfølging og lengde på oppfølging. Det settes opp timeplan for aktive og nye brukere. Notater fra hvert

nærteammøte dokumenteres i skjemaet «Tverrfaglig arbeidsverktøy Innsatsteam» i Profil (vedlegg 7).



Nærteam-møte i Innsatsteamet

Kontaktpersonen har et overordnet ansvar for oversikt, kontinuitet og koordinering av nærteamet rundt bruker, samt å være kontaktperson for bruker og pårørende. Kontaktperson utnevnes så tidlig så mulig etter at henvisningen er vurdert i teamet.

Brukermedvirkning

Arbeidsmetodene i Innsatsteamet legger til rette for stor grad av brukermedvirkning. Rehabilitering er en individuell prosess og for å lykkes må brukeren selv oppleve målene og tiltakene meningsfulle. Arbeidsverktøy som er tatt i bruk for å sikre brukermedvirkning er: inntakssamtale, COPM-intervju, målsamtale, evaluering av rehabiliteringsplan underveis og sluttsamtale.

6.2 Innsatsteamets tilbud

Tiltak kan være rettet mot:

- arbeid med motivasjon, mestring, endringsprosesser
- oppgaverelatert trening og /eller spesifikk trening i forhold til funksjonsnedsettelse
- kognitiv funksjon
- emosjonelle forhold
- egentrening og oppfølging av egentrening
- helsefremmende tiltak
- tilrettelegging av aktivitet, deltagelse og miljø

- oppfølging av pårørende
- andre tiltak ut fra individuelle behov og mål
- henvise til /informere om andre tiltak

Tiltakene kan utøves individuelt hjemme og/eller ved dagrehabilitering i kommunale lokaler, avhengig av brukers behov og tiltakets art. Hjemmearena gir mulighet å se bruker i ulike aktiviteter og gir et innblikk i hverdagen, samt mulighet for å trene i kjente omgivelser. Oppfølging i hjemmet kan skape større trygghet og bruker trenger ikke dra ut for å få den oppfølgingen som trengs. Dagrehabilitering velges når oppfølgingen krever spesifikt utstyr og det er behov for mestring av aktiviteter utenfor hjemmet. Det vil og kunne gi mulighet å treffe andre i liknende situasjoner gjennom likemannsarbeid.

Tilbud om deltagelse i grupper på 5-6 deltakere kan være et tiltak i tillegg til individuell oppfølging. Innholdet i gruppe vil ha fokus på likemannsarbeid, fysisk aktivitet og helsefremmende tema som grunnlag for samtale/veiledning.

Innsatsteamet kan søke om hjelpemidler for å ivareta sikkerhet i bolig og hjelpemidler til fallforebyggende tiltak. Ved større tilrettelegginger samarbeider Innsatsteamet med den øvrige Ergo- og fysioterapitjenesten.

6.3 Brukerforløp

Brukere som henvises til Innsatsteamet har behov for ulik type og lengde oppfølging etter individuelle behov, omfang av skade og livssituasjon. Tilbudets varighet varierer fra 1-2 uker til inntil 12 uker. Oppfølgingstiden regnes fra innkomstsamtale. Oppfølgingens intensitet og hyppighet tilpasses den enkelte bruker og kan variere i løpet av oppfølgingstiden. Kontaktpunkter kan variere fra for eksempel en gang i uken til 2-3 ganger i uken. Det er utarbeidet et brukerforløp som er inndelt i tre faser. Se vedlegg 8 *Rehabilitering utenfor institusjon -Fremgangsmåte for individuell rehabiliteringsoppfølging* for mer detaljert beskrivelse av brukerforløpet.

6.3.1 Fase 1

Etter at henvisning er mottatt vil Innsatsteamet, i henhold til frister i prioriteringsnøkkelen pkt. 4.2, kontakte bruker etter at vedkommende er kommet hjem. I de tilfellene Innsatsteamet deltar på utskrivingsmøter ved rehabiliteringsinstitusjoner avtales dato for innkomstsamtale på møtet.

Innkomstsamtale:

Tilstede: Alle i nærteamet, bruker og eventuelt pårørende

Hvor: Fortrinnsvis hjemme hos bruker

Tidspunkt: Avtales ved første kontaktpunkt.

Ansvar: Kontaktperson leder møtet.

Innhold: Utveksling av informasjon og felles drøftinger av brukers situasjon.
Bli kjent med bruker, kartlegge behov og ønsker.

Sikre god overføring av informasjon og starte planlegging av oppfølgingsperioden. Tverrfaglig kartleggings skjema kan brukes som verktøy i samtalen (vedlegg 7).

Bruker får utlevert brukerperm hvis det blir avtalt videre oppfølging (vedlegg 9).

Generelle vurderingskriterier for rehabilitering (pkt. 3.2.1) legges til grunn for å vurdere hvilket behov bruker har for videre oppfølging. Er det behov for og ønske om videre oppfølging fortsetter oppfølgingen til fase 2 og 3. Dersom bruker ikke har behov for videre oppfølging etter 1-3 samtaler inkludert inkomstsamtale avsluttes tjenesten. Ved behov henviser Innsatsteamet bruker til andre tjenester.

6.3.2 Fase 1+

Det gjennomføres kartlegging og iverksettes noen tiltak.

Kartlegging:

Til stede: Alle i nærteamet

Hvor: På den arena som er mest hensiktsmessig.

Tidspunkt: I løpet av 1-2 uker

Ansvar: Tilstrebe at alle i nærteamet møter bruker i denne fasen, etter internt avtalt arbeids- og oppgavefordeling.

Innhold: Fagspesifikke tester og tverrfaglige observasjoner.

COPM intervju som fortrinnsvis gjennomføres i brukerens hjem.

Gjennomgang av brukerperm sammen med bruker (vedlegg 9)

Nærteamet begynner utfylling av «Tverrfaglig arbeidsverktøy Innsatsteam» (vedlegg 7).

Informasjon, samtale, veiledning, trening, tilrettelegging.

Brukere som ønsker og har behov for kort oppfølgingsperiode får tjenesten i 1-2 uker. Gjennomføring av målsamtale og utarbeidelse av rehabiliteringsplan blir ikke iverksatt.

6.3.3 Fase 2/3

For brukere som har behov for tverrfaglig rehabilitering utarbeider nærteamet en rehabiliteringsplan i samarbeid med bruker (vedlegg 10). Rehabiliteringsperioden har en varighet på inntil 3 måneder. Dersom tverrfaglig behov opphører eller målsettingen til bruker oppnås kan tjenesten avsluttes tidligere.

Målsamtale:

Tilstede: Nærteamet, bruker, evt. pårørende og andre aktuelle tjenesteytere

Hvor: Hjemme hos bruker eller i dagrehabiliteringslokale

Tidspunkt: I løpet av første uke i fase 2.

Ansvar: Kontaktperson

Innhold: Formulering av konkrete og målbare rehabiliteringsmål.

Utfylling av Rehabiliteringsplan i samarbeid med bruker (vedlegg 10).

Avtale dato for evalueringsmøte og eventuelt estimere lengde på oppfølgingsperioden.

Gjennomføring av rehabiliteringsplanen

Hvor: På den arena som er mest hensiktsmessig

Innhold: Gjennomføring av tiltak som beskrevet i rehabiliteringsplanen.
Jevnlig evaluering av måloppnåelse og eventuelt justering av tiltak i nærteam-møter og sammen med bruker.
Vurdere behov for videre oppfølging etter avslutning av tjenesten.
Henvise til andre tjenester ved behov.
Reskår av COPM, og reskår av fagspesifikke tester etter behov.

Sluttsamtale

Tilstede: Nærteam, bruker, evt. pårørende og andre faginstanser/-personer .

Tidspunkt: I løpet av siste uke av fase 3.

Innhold: Evaluering av måloppnåelse i Rehabiliteringsplanen.

Avklare veien videre for bruker.

6.4 Dokumentasjon

Fortløpende journalføring og rapportering fra tverrfaglige fremdriftsmøter gjøres i Profil.

Rehabiliteringsplan

Innhold: Arbeidsdokument mellom bruker og nærteamet (vedlegg 10). Ligger under skjema i Profil.

Ansvar: Alle i nærteamet fyller inn i skjemaet. Kontaktperson ferdigstiller og sender til bruker og aktuelle instanser som vedlegg til sluttrapporten innen 2 uker etter avsluttet tjeneste.

Sluttrapport

Innhold: Tverrfaglig oppsummering av rehabiliteringsforløpet, gjennomførte tiltak og videre oppfølging (vedlegg 11). Ligger under skjema i Profil.

Ansvar: Alle i nærteamet fyller inn i sluttrapporten.
Kontaktperson ferdigstiller og sender til bruker og aktuelle instanser innen 2 uker etter avsluttet tjeneste.
Sendes til: fastlege, henvisende instans, instanser som bruker er henvist til.
Innsatsteamet sender elektronisk melding til brukers fastlege via Profil ved behov for oppfølging fra Innsatsteamet eller andre tjenester.

6.5 Hverdagsrehabilitering

(Blir skrevet etter avsluttet prosjekt hverdagsrehabilitering)

LITTERATURLISTE

- Bredland, E.L, Linge, O.A. & Vik, K. (2002): Det handler om verdighet – ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Byrådsavdeling for helse og omsorg, Bergen kommune (2007): Plan for habilitering og rehabilitering. ”Mot felles mål”
- Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011). Hentet 07.12.15 fra <http://www.lovdatab.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=forskrift%20om%20habilitering>
- Garsjø, O. (2003): Institusjon som hjem og arbeidsplass – et bidrag til institusjonsfaglig kompetanse. Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- KITH - Informasjonsteknologi for et bedre helsevesen (2006): ICF, internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse. Sosial- og helsedepartementet.
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (1994): Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi. Oslo: Universitetsforlaget
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999). Hentet 07.12.15 fra <http://www.lovdatab.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011). Hentet 07.12.15 fra <http://www.lovdatab.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Helsedirektoratet 2010 IS-1688 ”Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering for hjerneslag»
- Helsedirektoratet 2015 ”Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator”
- Normann, T., Sandvin, J.T. & Thommesen, H.(2003): Om rehabilitering. Mot en helhetlig og felles forståelse? Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Stortingsmelding nr. 21 (1998-99): Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk. Det kongelige sosial- og helsedepartement.
- Stortingsmelding nr. 25 (2005-06): Mestring, muligheter og mening. Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet.

- Stortingsmelding nr. 40 (2002-03): Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Det kongelige sosialdepartement.
- Stortingsmelding nr. 47 (2008-09): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
- Tuntland H., Ness N. E. (2014): Hverdagsrehabilitering, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

GRUPPE 1: FORANDRINGER MED BRUKEREN (INDRE FORANDRINGER)

Med indre forandringer menes det ”forandringer av fysisk, psykisk eller kognitiv karakter”. Alle med medisinske diagnoser som utgangspunkt for rehabilitering hører med i denne gruppen. En totalvurdering av brukers situasjon og funksjon vil være avgjørende for hvor det er mest hensiktsmessig at rehabiliteringen blir gjennomført.

Gruppe 1a) Bruker har hatt et brått fall i funksjonsnivå, men med mulighet til å oppnå funksjonsforbedring og deltagelse (på tidligere eller på et lavere funksjonsnivå).

Eksempler:

- Brudd. Skaden skjer brått, og det er behov for rehabilitering for å oppnå funksjonsforbedring.
- Akutt skade eller sykdom som hjerneslag eller ulykker.
- Funksjonsnedsettelse etter operasjon
- Infeksjon eller medisinsk tilstand som har ført til en brå endring i funksjon.

Person med behov for døgnbasert rehabilitering, så rehabilitering utenfor institusjon

Kvinne 75 år. Enke, 4 barn og barnebarn. Stor vennekrets. Uføretrygdet fra arbeid som pleiemedhjelper / renholdsassistent ved sykehjem.

Aktuelt: Postoperative komplikasjoner ved carotis stenose ve side. Embolisk hjerneinfarkt i venstre hemisfære. Utfall: Ekspressiv afasi, hemiparese hø side, svelgparese. Redusert funksjon og grep i hø. hånd. Leser og forstår korte tekster. Går uten hjelpemidler, noe ustødig.

Ingen kognitive utfall, men har noe nedsatt stemningsleie og tar lite initiativ. Vekttap etter hjerneslaget, redusert appetitt.

Tidligere diagnoser: Diabetes type 2, fibromyalgi, astma, migrene.

Tidligere funksjon: Selvstendig i alle daglige gjøremål. Ivaretok egen helse og håndtering av medisiner, blodsuktermåling og lignende. Sosialt deltagende, pratet mye, stort nettverk. Likte å gå tur i nærmiljøet, benytte kjøpesenter m.m. Kjørte bil.

Vurdering: Bruker er på rehabilitering ved rehabiliteringsinstitusjon pga redusert fysisk og psykisk funksjon, og oppfølging av ernæring. Hun har hatt god fremgang, og det vurderes nå at hun kan skrives ut til hjemmet. Hun har likevel behov for videre rehabilitering. Hun trenger å trene i sitt nærmiljø og hjem, for å overføre aktiviteter og teknikker som hun har lært. Hun har behov for tverrfaglig bistand for å tilpasse seg en ny situasjon i sitt hjemmemiljø.

Anbefalt tiltak: Døgnbasert rehabilitering ved institusjon, og deretter periode med hverdagsrehabilitering.

Person med behov for døgnbasert rehabilitering

Kvinne 79 år. Er enke. Har 5 barn. Hun har god kontakt med familien og de besøker henne ofte. Bor i generasjonsbolig sammen med en sønn og hans familie.

Aktuelt: Hun har hatt lårhalsbrudd og fått innsatt en hemiprotese. Hun har vært noe forvirret postoperativt. Har nå nedsatt gangfunksjon og balanse og trenger personstøtte. Noe nedsatt syn. Mestrer å reise seg fra stol og seng med tilsyn. Trenger hjelp og tilrettelegging i personlig hygiene og påkledning. Har også behov for tilsyn og veiledning ved toalettbesøk. Spiser selv.

Tidligere funksjon: Tidligere velfungerende og selvhjulpen dame. Hun har pleid å handle sammen med en av sønnene sine en gang i uken. Hun har tidligere arbeidet som lærer. Hun har gått på eldresenteret i nærheten noen ganger, men liker seg best hjemme. Boligen er over to plan, og hun er avhengig av å gå i trapp.

Vurdering: Hun har vanskeligheter med å klare seg hjemme pga redusert funksjon og behov for oppfølging hele døgnet. Hun ønsker å kunne bo hjemme og klare seg slik som tidligere. Hun er en positiv dame med livsvilje, har tro på egen fremgang og er motivert for rehabilitering.

Anbefalt tiltak: Døgnbasert rehabilitering ved institusjon i 4 uker, deretter hverdagsrehabilitering.

Person med behov for døgnbasert rehabilitering

Kvinne 80 år. Enke og bor alene i leilighet over 2 plan. Hun har 3 barn, men ingen bor i Bergen. En niese hjelper henne litt i det daglige, og følger henne til handling på butikken.

Aktuelt: Hun falt da hun skulle hente posten og pådro seg et overarmsbrudd. Hun har lenge hatt smerter i bena på grunn av diabetes mellitus II. Hun har dårlig balanse og har falt gjentatte ganger. Dette har gjort henne tiltagende isolert.

Tidligere funksjon: Gått utendørs med rullator, innendørs med stokk. Hun har vært selvhjulpen i forhold til matlaging og personlig stell. Hun har hatt hjemmehjelp til rengjøring hver 14. dag. Interessene hennes er håndarbeid og å lese avisen. Hun har tidligere jobbet i en stoffbutikk.

Vurdering: Hun trenger nå rehabilitering pga nedsatt funksjon i armen. Trenger hjelp til matlaging, personlig hygiene og påkledning. I tillegg gjør fallfaren og nedsatt funksjon i forhold til trappegang det vanskelig for henne å reise hjem til egen bolig. Hun glemmer enkelte ting, men tar instruksjon og er motivert for rehabilitering. Hun ønsker å kunne bo hjemme og klare seg slik som før.

Anbefalt tiltak: Døgnbasert rehabilitering ved institusjon 4 uker pga behov for tett oppfølging over tid.

Person med behov for rehabilitering utenfor institusjon

Kvinne 65 år. Nylig pensjonert. Bor med ektefelle som er syk, og som trenger hjelp. Har et godt nettverk med barn og venner.

Aktuelt: Cerebralt hematom ve. hemisfære. Innlagt sykehus. Utfall etter slaget: Afasi, apraksi, nedsatt kraft og styring hø. fot og hånd, synsfeltsutfall, nedsatt konsentrasjon og hukommelse. Har vært på rehabilitering i 2. linjetjenesten.

Har nå problemer med søvn, og fortsatt kognitive utfall som konsentrasjonsvansker og apraksi. Blir fort trøtt og sliten. Vanskeligheter med å forholde seg til store samlinger, og delta sosialt. Hun ser frisk ut, og oppfatter at andre ikke skjønner hva hun har vansker med.

Tidligere funksjon: Aktiv dame uten vanskeligheter i det daglige. Effektiv og strukturert. Har hatt høyt blodtrykk. Hun har hatt ansvar for alt husarbeid, matstell og praktiske oppgaver i hjemmet.

Vurdering: Bruker er svært treningsmotivert og ønsker å kunne mestre hverdagen slik som tidligere. Trenger veiledning, tilrettelegging og trening i aktiviteter av tverrfaglig team for å kunne fungere i det daglige.

Anbefalt tiltak: Rehabilitering utenfor institusjon; Innsatsteam eller eventuelt hverdagsrehabilitering.

Person med behov for rehabilitering utenfor institusjon

Kvinne. 55 år. Gift. Voksne barn. Yrkesaktiv.

Aktuelt: Hjerneinfarkt i lillehjernen. Utfall: Hodepine, ustøhet, svimmelhet; nedsatt evne til rask reaksjon i trafikken, nedsatt evne til å gå i ulent terreng. Engstelig for å få nye hjerneslag. Opplever at hennes omgivelser ser på henne som friskere enn det hun selv føler seg. Hun bekymrer seg for å begynne i jobb igjen. Ønsker ikke å være sykemeldt i lang tid, samtidig er hun usikker på om hun vil fungere bra nok i jobben igjen.

Tidligere funksjon: Hadde en stressende arbeidssituasjon, var sliten, nærtakende/bekymret seg over mange ting på sin arbeidsplass. For øvrig en sosial og fysisk aktiv kvinne, opptatt av en sunn livsstil, som riktig kosthold og mosjon.

Vurdering: Nytte av hjelp til å komme i arbeid igjen. Veiledning og trening til å komme tilbake til jobb. Trenger tett oppfølging av et tverrfaglig team for å mestre dette.

Anbefalt tiltak: Rehabilitering utenfor institusjon v/ Innsatsteamet (dagrehabilitering).

Gruppe 1b) Bruker har et langsomt fall i funksjonsnivå, med mulighet for å oppnå funksjonsforbedring eller vedlikeholde funksjon.

Eksempler:

- Kroniske sykdommer som MS, Parkinson, leddgikt, muskel- og skjelettsykdommer
- Redusert funksjon på grunn av ulike medisinske diagnoser (hjerne, lunge)
- Brukere med sammensatte problemstillinger, redusert allmenntilstand, dårlig ernæringsstatus

Person med behov for døgnbasert rehabilitering

Mann, 80 år. Enkemann og bor alene i leilighet i 2. etasje uten heis.

Aktuelt: Han har den senere tid fått redusert funksjon og blitt mer og mer isolert. Han er en sosial mann og har alltid vært glad i å komme på besøk hos datteren. Har nå tatt mindre initiativ overfor familien og vegrer seg for å gå ut. Han spiser lite og har ikke lenger lyst til å gå på dagsenteret. Han ligger store deler av dagen i sengen, og har vanskeligheter med å komme seg opp av sengen. Datter har begynt å bekymre seg for far.

Tidligere funksjon: Han er tidligere industriarbeider. Interessene hans er å se på TV, og var tidligere glad i å mekke bil. Foruten datteren som bor i Bergen, har han en sønn i Oslo. Hver 14. dag har han hatt hjemmehjelp til rengjøring. Han har også hatt hjelp til dusj. Han har ønsket å klare seg selv med personlig hygiene og matlaging. HSY observerer imidlertid at han har gått ned i vekt og har problemer med å stelle seg.

HSY tar kontakt med han og han innser at han trenger mer hjelp. Sammen med datter ønsker han å søke et rehabiliteringsopphold på sykehjem. Han er ikke sikker på hva dette innebærer, men han ønsker å kunne klare seg bedre hjemme og vil gjerne komme seg ut på tur igjen.

Vurdering: Da bruker trenger vurdering av både ernæringsstatus og personlig stell, i tillegg til sosial stimuli og behov for å bedre sin fysiske funksjon, anbefales et 4 ukers døgnbasert rehabiliteringsopphold på sykehjem.

Person med behov for døgnbasert rehabilitering

Kvinne, 78 år. Enke. 6 barn. Bor i en kjellerleilighet med alt på ett plan. Flere barn bor i nærheten.

Aktuelt: Hun har polynevropati og har falt mange ganger. I tillegg har hun atrieflimmer, slitasje i knær og er plaget med svimmelhet. Etter hvert redd for å gå alene utendørs pga svimmelheten. Har blitt mer passiv og isolert. Sover dårlig. Hun er nå redd for å dusje alene og strever med rengjøring i leiligheten.

Tidligere funksjon: Hun har klart seg selv, men har gradvis fått redusert funksjon. Var aktiv i misjonsforeningen og gikk på eldresenter. Har vært hjemmeværende.

Vurdering: Hun ønsker hjelp til å bli mer selvhjulpent, til å kunne gå på butikken alene og gå på eldresenteret igjen. Det vurderes at hun har behov for tverrfaglig oppfølging i forhold til trening i dusjsituasjonen, av balanse, styrke, gangfunksjon og deltagelse i og utenfor hjemmet.

Anbefalt tiltak: Det vurderes som mest hensiktsmessig med døgnbasert rehabilitering og deretter hverdagsrehabilitering.

GRUPPE 2: FORANDRINGER I OMGIVELSENE (YTRE FORANDRINGER)

Med ytre forandringer menes det at miljøet personen lever i, forandrer seg. Her er det omgivelsene og kravene som endrer seg, og fører til utfordringer både fysisk og psykisk. For denne gruppen vil ofte rehabilitering utenfor institusjon være mest aktuelt.

Gruppe 2a) Bruker opplever forandringer i sitt fysiske miljø. I bolig, nærmiljø, på arbeidsplass.

Eksempler:

- Brukere med behov for bistand for å mestre kravene fra omgivelsene. Det kan være i ny bolig, ny arbeidsplass, endringer i utemiljøet der en ferdes.

Person med behov for rehabilitering utenfor institusjon

Kvinne, 85 år. Hun er enslig og har ingen barn.

Aktuelt: Hun har den siste tiden ikke klart å gå trappene i huset sitt pga atrose i knærne, og har nylig fått innvilget serviceleilighet. I denne leiligheten er det plass til arbeidsstol på kjøkkenet, som gjør at hun håper å kunne klare å lage seg mat igjen. Dette har HSY gjort for henne en tid i det gamle huset, siden hun ikke klarte å stå så lenge av gangen pga smertene i knærne. Hun klarte heller ikke å dusje selv, siden badet var i andre etasje. Hun har pleid å være med i en klubb, men har den siste tiden, mens hun bodde i det gamle huset, måtte avlyse dette.

Tidligere funksjon: Hun har alltid vært selvhjulpen før smertene i knærne ble for store, men har vært mye passiv og har et lite sosialt liv. Har jobbet på kontor.

Vurdering: Det vurderes at hun har et tverrfaglig behov for oppfølging, både til matlaging og dusjing, nye hjelpemidler og for deltagelse i samfunnet igjen. Det vurderes at det er viktig for henne å trene i det nye miljøet sitt, og at hun ikke har behov for oppfølging hele døgnet.

Anbefalt tiltak: Hverdagsrehabilitering vil være mest hensiktsmessig.

Gruppe 2b) Bruker opplever forandringer i sitt psykososiale miljø. Familie, sosialt nettverk, sivil status.

Eksempler:

- Brukere som ber om hjelp til omsorgstjenester etter å ha mistet nær familie eller betydningsfulle personer.
- Brukere med uklare eller kompliserte problemstillinger som gradvis trekker seg tilbake fra tidligere aktiviteter, og som har behov for et tverrfaglig tilbud.

Person med behov for rehabilitering utenfor institusjon

Mann, 71 år. Enkemann. Har 2 barn med familier i nærheten.

Aktuelt: Han ble enkemann for tre måneder siden, og savner konen. Han føler seg ensom og synes det er tungt å klare seg uten henne. Barna hjelper han i huset, og har sørget for at han har fått mat i seg den sisten tiden. Han føler seg som en belastning for barna sine. Har aldri vært vant til å stelle hus eller lage mat.

Tidligere funksjon: Han hadde polio som barn, og har i mange år gått med krykker. Kona har hatt ansvar for matlaging og stell av huset. Han har flere venner som han snakker med, og føler seg ikke isolert. Har tidligere jobbet på kontor.

Vurdering: Han ønsker nå hjelp slik at han kan klare seg selv i hverdagen. Det er viktig for han å kunne klare daglige gjøremål som å lage mat og holde huset. Han har nytte av tverrfaglig oppfølging da han føler seg nedstemt og er avhengig av andre. På grunn av nedsatt gangfunksjon har han i tillegg nytte av tilrettelegging i hjemmet med hjelpemidler for å kunne klare en del husarbeid selv.

Anbefalt tiltak: Det vurderes som mest hensiktsmessig med hverdagsrehabilitering.



BERGEN KOMMUNE

Søknad om pleie- og omsorgstjenester

Tjenestene har som mål å bidra til at personer med stort omsorgsbehov skal kunne leve og bo selvstendig og ha et meningsfylt liv i fellesskap med andre. Dette skal skje i samarbeid mellom den omsorgstrengende, tjenesteyter og pårørende, og være basert på tillit og respekt.

Det legges til rette for brukermedvirkning ved utforming og gjennomføring av tjenestene.

Tjenester jf helse- og omsorgstjenesteloven:

- Hjemmesykepleie, psykiatrisk hjemmesykepleie § 3-2 nr. 6 a
- Praktisk bistand/opplæring, brukerstyrt personlig assistanse, støttekontakt (unntatt støttekontakt knyttet til barnevernstiltak og rusmisbruk) § 3-2 nr. 6 b
- Opphold i sykehjem og aldershjem - korttid/langtid § 3-2 nr. 6 c
- Avlastningstiltak § 3-2 nr. 6
- Omsorgslønn § 3-6
- Brukerstyrt personlig assistanse § 3-8

Kommunale serviceytelser:

- Omsorgsbolig, OmsorgPluss, bolig i bofellesskap/samløst lokale boliger for utviklingshemmede, boliger for mennesker med psykiske lidelser, trygdebolig
- Dagsenter
- Trygghetsalarm
- Ledsagerbevis for funksjonshemmede

Søknaden sendes:

Forvaltningsenhet sone nord (Arna, Bergenhus og Åsane)	Åsane Senter 41, 5116 Ulset	Tlf: 55 56 70 70
Forvaltningsenhet sone vest (Fyllingsdalen og Laksevåg)	Folke Bernadottesvei 52, 5147 Fyllingsdalen	Tlf. 55 56 54 40
Forvaltningsenhet sone sør (Fana, Ytrebygda og Årstad)	Wollert Konows plass 2, pb 85 Nesttun, 5852 Bergen	Tlf: 55 56 51 90

Søknad om tjenester til mennesker med psykiske lidelser sendes:

Forvaltningsenheten psykisk helse tlf. 55 56 84 70
Møllendalsveien 1a
5009 Bergen

Søknad om hjemmetjenester, institusjonsopphold, tilrettelagte boliger mv.

Se vedlagte informasjon om tjenester det kan søkes om ved forvaltningsenhetene

Søker:	Etternavn:		Fornavn:		
	Adresse:		Postnr.:	Poststed:	
	Fødselsnr. 11 siffer:		Reg. i folkeregisteret i hvilken kommune:		
	Telefonnr:		Statsborgerskap:		
	Sivilstatus (sett kryss): Ugift: <input type="checkbox"/> Gift/samboer/reg. partner: <input type="checkbox"/> Enke/-mann: <input type="checkbox"/> Skilt/separert: <input type="checkbox"/>		Navn ektefelle/samboer/partner:		
	Bor alene: JA <input type="checkbox"/> / NEI <input type="checkbox"/>		Fødselsnr.11 siffer:		
Pårørende, hjelpe-verge, Verge:	Etternavn, fornavn:				
	Adresse:		Postnr.:	Poststed:	
	Tilknytning til søker:		Tlf. privat:	Tlf. arbeid:	
Begrunnelse for søknaden:	Beskriv hva det søkes om og hvorfor, bruk gjerne eget ark:				
Ønskes kopi av vedtaket sendt til:	Kopi sendes til fastlege: <input type="checkbox"/>		Etternavn, fornavn:		
	Kopi sendes andre: <input type="checkbox"/>				
	Adresse:		Telefon privat:	Telefon arbeid:	
Signatur søker:	Sted og dato:		Søkers underskrift:		
Søknad utfylt av: (fullmaktsskjema må vedlegges hvis søker ikke kan signere)	Sted og dato:		Underskrift:		

Alle søknader om tjenester registreres i kommunens IT-system. Søker kan kreve innsyn i hvilken informasjon som er registrert. Forespørsel rettes til søknadsbehandler eller tjenesteyter.



VURDERINGSSKJEMA FOR REHABILITERING I BERGEN KOMMUNE

Vurderingen vedlegges "Søknad om hjemmetjenester, institusjonsopphold, tilrettelagte boliger mv".

Navn:		Personnr:			
Adresse:		Telefon:		Mobil:	

AKTUELT

Aktuell sykehistorie:					
Målgrupper:		Aktuelle funksjonsproblem:			
Brått fall i funksjon:					
Langsamt fall i funksjon:					
Forandringer i fysisk eller psykososialt miljø:					
Tidligere funksjonsnivå:					

FUNKSJONSSKJEMA

AKTIVITETER og DELTAKEELSE	Klarer selv	Klarer selv m/ hj.m	Avhengig av personhjelp		Klarer ikke/ikke aktuelt	Forventet bedret funksjon	Kommentarer
			Litt	Mye			
Inn/ut av seng							
Reise/sette seg							
Personlig hygiene							
Toalettbesøk							
Av/påkledning							
Gangfunksjon Inne							
Spising							
Tilberede tørmat							
Tilberede Middag							
Medisin- Håndtering							

Trappegang							
Innkjøp							
Gangfunksjon Ute							
Deltakelse ute: - arbeid							
Deltakelse ute: - besøke familie/ venner							
Deltakelse ute: - fritidsaktivitet							

UTFYLLENDE OPPLYSNINGER

KROPPSLIG FUNKSJON (eks søvn/tretthet, ernæring, smerte, styrke, bevegelighet, balanse, kognitiv/emosjonell funksjon)							
FYSISK MILJØ							
BOLIG:	Enebolig		Rekkehus		Leilighet	HJELPEMIDLER:	
	Trapp inne		Trapp ute		Heis		
	Uegnet bolig		Behov for ny bolig				
BOR:	Alene		m/ektefelle		m/andre		
SOSIALT MILJØ/NETTVERK:							
BRUKERS MÅL FOR REHABILITERINGSPROSESSEN:							

VURDERING AV FAGPERSON

A	VURDERINGSKRITERIER FOR REHABILITERING:		Ja	Nei
1.	Har bruker behov for bistand for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne?			
2.	Har bruker et sammensatt problem og dermed behov for et tverrfaglig tilbud?			
3.	Har bruker mål for rehabiliteringsprosessen?			
4.	Er bruker motivert (eller kan motiveres) for rehabilitering?			
5.	Er bruker medisinsk i stand til å yte egeninnsats?			
6.	Har bruker evne til samarbeid og kan ta instruksjon?			
B	ANBEFALING AV HVILKE REHABILITERING SOM EGNER SEG BEST:			
1.	Vurdering:	Er det svart nei på A1-6, men det er behov for vurdering til rehabilitering?		
2.	Døgnrehabilitering ved institusjon:	Har bruker vanskeligheter med å klare seg hjemme pga redusert funksjon og behov for oppfølging hele døgnet?		
3.	Rehabilitering utenfor	Kan bruker bo hjemme og det er mest hensiktsmessig med		

	institusjon:	dagrehabilitering og/eller med rehabilitering i hjem og nærmiljø?		
C	1.1 ANDRE OPPLYSNINGER:			
1.	Det kreves oppdaterte legeopplysninger, ikke eldre enn 3 mnd. Er disse lagt ved?			
2.	Er det andre vedlegg utenom skjemaet ”Søknad om hjemmetjenester, institusjonsopphold mv”? Spesifiser:			
KONKLUSJON				

Skjemaet utfylt av:	Navn:	Fagperson/avdeling:	Dato:

Rev. okt -12 v/Utviklingsgruppen for rehabilitering Bergen kommune v/Løklingholm & Nordberg



INNKOMSTREGISTRERING VED REHABILITERINGSAVDELINGEN

NAVN:			
FØDT:		Inndato:	Utdato:
Diagnoser:		Innkomst fra:	
		Primærkontakt:	
		Sekundærkontakt:	
Evt. restriksjoner:		Fastlege:	
		Hj.spl. gruppe:	
Sosialanamnese:			
Familie:		Annet:	
Bolig:			
Tidligere yrke:			
Interesser:			
Diverse opplysninger:			
Vekt:	Høyde:	BMI:	Mobilitet:
Syn:			
Hørsel:			
Annet:		Kost:	
Inkontinensutstyr:	Dag:	Natt:	

SJEKKLISTE VED INNKOMST			
Medisinhandling:			
Har bruker med private medisiner/dosett?		Hvem doserer hjemme?	
Har bruker:	Ja	Nei	Kommentarer
Dagsenterplass?			
Trygghetsalarm?			
Drosjekort?			
Hjemmehjelp?			
Hjemmesykepleie?			
Medbrakt elektrisk utstyr, feks TV? (Hvis ja fyll ut eget skjema)			
Ønsker time hos frisør:		Bestilt dato:	Kl: <input type="text"/>

Ønsker time hos fotpleier:		Bestilt dato:	Kl:
Klær:	Merket:	Vaskes av:	
Private hjelpemidler	Merket:	Hvilke:	

SJEKKLISTE UNDER OPPHOLDET	Kryss av	Kommentarer
Fylt ut og hengt opp ADL-skjema:		
Avtalt målmøte: Dato: Kl:		
Fylt ut rehabiliteringsplan (med underskrift):		
Avtalt hjemmebesøk (ergo/fysio) Dato: Kl:		
1. Ønsker forlenget opphold til: FVE varslet:		
2. Ønsker forlenget opphold til: FVE varslet:		

SJEKKLISTE VED EVALUERING OG UTREISE		Kryss av	Kommentarer
Innkalt til utreisemøte : Dato: Kl:	F VE:		
	Pårørende:		
	Hj.spl:		
	Evt. andre:		
Evaluering og oppfølgingsplan utfylt:			
Ved utreise : Dato: Kl:	Reiser selv:		
	Drosje bestilt:		
	Hentes av:		
Utlevert resept ved utreise:			
Oppdatert medisinopplysninger i profil:			
Tverrfaglig epikrise:	Ferdig utfylt:		
	Sendt til fastlege:		



BERGEN KOMMUNE

Vedlegg 5)

REHABILITERINGSPLAN



Navn:		Fødselsdato:	
--------------	--	---------------------	--

Nærmeste pårørende/kontaktperson under oppholdet:			
Planen gjelder under opphold på rehabiliteringsavdelingen:	Fra:		Til:

Navn på deltagere i tverrfaglig team:	
Primærkontakt/sekundærkontakt:	
Lege:	
Fysioterapeut:	
Ergoterapeut:	
Andre:	

Målmøte:	Hjemmebesøk	Utreisemøte:
Dato: Kl.:	Dato: Kl.:	Dato: Kl.:
Til stede:	Sammen med:	Til stede:

Dato

Underskrift bruker

Underskrift primærkontakt

HOVEDMÅL:

Dato:	Delmål:	Tiltak:	Ansvarlig:
	1.		
	Evaluering:		
	Sluttevaluering:		
	2.		
	Evaluering:		
	Sluttevaluering:		
	3.		
	Evaluering:		
	Sluttevaluering:		
	4.		
	Evaluering:		
	Sluttevaluering:		
	5.		
	Evaluering:		
	Sluttevaluering:		
	Annet:		



TVERRFAGLIG EPIKRISE

fra Rehabiliteringsavdelingen

Navn:	Født:
Adresse:	Tlf:

Opphold	Fra:	Til:
Bakgrunn for oppholdet:		
Diagnoser/sykehistorie:		

STATUS VED INNKOMST	
Deltagelse:	(Eks. innkjøp, besøke venner/familie, fritidsaktivitet)
Aktivitet:	(Eks. inn/ut av seng, reise/sette seg, trappegang, personlig hygiene, spising, av-/påkledning)
Kropps-funksjoner:	(Eks. søvn/trøtthet, ernæring, smerte, styrke, bevegelighet, balanse, kognitiv/ emosjonell funksjon)
	(Eks. bolig, bor alene/sammen med partner, atkomst/ trapper, hjelpemidler, nettverk)

MÅL	
Hovedmål:	(Eks. bo hjemme og fungere som tidligere)
Delmål:	(Eks. gå med rollator til butikken, ta på benklær selv)

TILTAK	
SYKEPLEIE/	

HJELPEPLEIE:	
FYSIOTERAPI:	
ERGOTERAPI:	
LEGE:	

TVERRFAGLIG OPPSUMMERING	
Status ved utreise:	(Status for hovedmål og delmål)
Måloppnåelse:	(Eks. motivasjon, måloppnåelse, effekt, hvor pasient skrives ut, evt. anbefaling nytt opphold)
Videre oppfølging:	(Eks. hjemmesykepleie, fastlege, ergo/fysioterapi)

Med hilsen rehabiliteringsavdelingen

Dato:

Sykepleier/hjelpepleier:

Lege:

Fysioterapeut:

Ergoterapeut:

Vedlegg: Medisinopplysninger

Tverrfaglig arbeidsverktøy IT

Vedlegg 7)

Navn:

Fastlege:

Hsy:

Samtykke til e-melding **Informasjon ved inntakssamtale:**

Dato:

Sted:

Tilstede:

SJEKKLISTE FOR IT

Sensomotorisk funksjon:		Syn/ hørsel:		Miljøfaktorer:	
Forflytning inne		Synsutfall, øyelege, synspedagog		Behov for tilrettelegging	
Forflytning ute		Høreapparat		Sosiale faktorer:	
Trappegang		Svelegfunksjon:		Pårørende/nettverk	
Sensibilitet		Inntak av mat og drikke		Hobbyer	
Sirkulasjon (ødemer)		Eliminasjon:		Forebygging:	
Smerter		Kontinent/ inkontinent		Fysisk aktivitet	
Kognitiv funksjon:		Mage/tarm		Ernæring	
Hukommelse		Grunnleggende helse:		Røyk/ alkohol	
Konsentrasjonsevne		BT, P		Diabetes	
Rom/retnings orientering		Stemningsleie		Vekt	
Orientering for tid og sted		Trøttbarhet		Div	
Innsikt i egen situasjon		Søvn		TT kort	
Initiativ		Respirasjon		Hjemmehjelp	
Språkfunksjon:				Trygghetsalarm	
Evne til å oppfatte det som blir sagt		ADL			
Evne til å snakke		Personlig stell			
Skrift, tall, klokke		Toalettbesøk			
Dysartri		Matlaging/ handling			
Facialis parese		Medisiner (ansvar selv, dosett)			

Informasjon gitt om Profil, IPLOS og Elin-K Elin-K sendt IPLOS registrert

Scannet papirer i postjournal Rehabplan/sluttrapport opprettet

Nærteam:

Oppstart dato/uke:
Fase 2 dato/uke:

Målsamtale dato/uke:
3 mnd dato/uke:

Uke	Referat	Fordeling av arbeidsoppgaver:
Uke	Referat	Fordeling av arbeidsoppgaver:
Uke	Referat	Fordeling av arbeidsoppgaver:

2 Sjekkliste ved avslutning av RUI:

- For brukere som har hatt mer enn 3 møter med IT:
Leverer ut brukerundersøkelse
- Brukere fase 1: sluttrapport sendes til bruker og henvisende instans (HDS, HUS, AFMR) innen 2 uker etter avsluttet tjeneste
- Brukere fase 2/3: ferdigstill rehabiliteringsplan innen 2 uker etter avsluttet tjeneste. Sendes til bruker, fastlege, henvisende instans (HDS, HUS, AFMR) og andre aktuelle aktører som fysikalsk institutt. Evt send sluttrapport til henvisende- og oppfølgingsinstans isteden for rehabiliteringsplan.
- Lås rehabiliteringsplan eller sluttrapport i skjema
- Send elektronisk melding til fastlege og informer om avslutning av RUI
- (Registrer viss ikke gjennomført i starten) Oppdater IPLOS variabler dersom behov
- Rydd i brukermappe. Er alle papirer scannet?
- Flytt brukermappe til «Avsluttet» i papirarkiv
- Endre status i Profil fra Aktiv til Frisk eller / Behov opphørt hos brukere som **ikke** har andre kommunale tjenester
- Avslutt tjenesten RUI i Profil
- Er alle aktuelle variabler registrert i Excel skjema på Sikker sone.

Revidert oktober 2016 (Kristi Rørlien)

Kommentarer:

Rehabilitering utenfor institusjon –

Framgangsmåte for individuell rehabiliteringsoppfølging

(Forklaring av brukerforløp i fase 1-, fase 1+ og fase 2/3)

Henvising og telefonkontakt med bruker

Se prioriteringsnøkkel pkt. 4.2.1.

Dersom Innsatsteamet ikke treffer bruker via telefon i løpet av 2 uker, sendes et brev hvor bruker bes om å kontakte Innsatsteamet. Se mal for brev i Innsatsteamets mappe på sikker sone, «Brev til ny pasient om henvising».

Fase 1: Introduksjon – kartlegging – vurdering, Fokus på tidlig støttet utskriving (ESD)

Innkomstsamtale

Gjennomføres i utgangspunktet i hjemmet, eventuelt på dagrehabilitering. Det tilstrebes at hele Innsatsteamet deltar. Brukermappen skal være et utgangspunkt for samtalen:

- Informasjon om tjenesten
- Informasjon om formålet for tjenesten = Tidlig støttet utskriving med fokus på god overføring til hjemmet, og individuell rehabiliteringsoppfølging i inntil 3 måneder ved behov.
- Informasjon om prosessen i fase 1 – 3:
 - 1) Vurdering og kartlegging i inntil 2 uker og eventuelt igangsetting av noen tiltak.
 - 2) Avslutning av oppfølgingen, eventuelt henvising til andre instanser
 - a. avslutter etter innkomstsamtalen
 - b. avslutter etter inntil 2 uker oppfølging
 - c. avslutter etter 2 ukers betenkningstid
 - 3) Planlegging av videre individuell rehabiliteringsoppfølging (Fase 2 og 3).
 - 4) Utarbeide rehabiliteringsplan og samarbeide om tiltak i fht brukers mål.
 - 5) Evaluering/oppsummering og evt henvising videre til andre instanser ved behov.
- En redegjørelse av Menyarket (sirklene og stikkordene) kan forklare hva tjenesten kan innebære.

Vurdering og kartlegging

Tilstrebes gjennomført innen 2 uker (2-4 møtepunkter):

Eventuelt ved bruk av:

- COPM intervju (gjennomføres helst i brukerens hjem).
- Dialog om stikkord i Menyarket i Brukermappen.
- Fagspesifikke tester og tverrfaglige observasjoner og samtaler med bruker og evt pårørende på den arenaen som er mest hensiktsmessig.

Eventuelt igangsetting av tiltak:

Veiledning, tilrettelegging, informasjon, samtale, trening (tiltak innen tidlig støttet utskriving).

Hyppighet:

1 – 3 kontaktpunkter/konsultasjoner med Innsatsteamet i uken.

Nærteammøter:

Innsatsteamet møtes jevnlig for tverrfaglige drøftinger. Kontaktperson er ansvarlig for framdrift i den enkelte brukersaken. Notater fra hvert nærteammøte gjøres i arbeidsverktøyet «Tverrfaglig arbeidsverktøy IT».

Vurdering av behov for videre rehabiliteringsoppfølging:

Innsatsteamet drøfter brukers behov med utgangspunkt i vurderinger og kartlegginger som er gjort i løpet av fase 1. Innsatsteamet fatter en felles beslutning som drøftes med bruker; videre rehabiliteringsoppfølging eller avslutning:

- a) «Ikke behov for rehabilitering utenfor institusjon (RUI)»: Dialog om behov for andre helse- og omsorgstjenester, evt. henvisning til aktuelle tjenester.
Notat i Profil vedrørende vurderingen «ikke behov for RUI videre».
- b) «Behov for rehabilitering utenfor institusjon (RUI)»: Rehabiliteringsoppfølging ved Innsatsteamet i hjemmet og/ eller ved dagrehabilitering. Tidsperioden vurderes etter brukers behov, maksimum 3 måneder fra og med dato for Innkomstsamtalen.

I løpet av Fase 1:

- Sende elektronisk melding til brukers fastlege for informasjon om oppfølging fra Innsatsteam.
- IPLOS-registrering i Profil ved nærteamet.

Fase 2: Målsetting – Tiltak

Forberede målsamtalen:

Innsatsteamet forbereder bruker på målsamtalen, gjerne ved bruk av COPM skår og menyarket i Brukermappen.

Innsatsteamet forbereder målsamtalen i nærteammøte.

Aktuelle samarbeidspartnere og pårørende kan gjerne inviteres til målsamtalen dersom bruker samtykker. Dette styrker og utvider det tverrfaglige tilbudet.

Bruker oppfordres til å lese Brukermappen, se på Menyarket og eventuelt notere ned viktige fokusområder.

Målsamtale:

Formulering av konkrete, målbare mål for rehabiliteringsperioden.

Avtale dato for evalueringsmøte (ca halvveis i oppfølgingsperioden), lengde på oppfølgingsperioden antydes.

Rehabiliteringsplan og oppfølging:

Innsatsteamet skriver Rehabiliteringsplan i Profil.

Det tilstrebes at bruker får Rehabiliteringsplanen for gjennomlesing og godkjenning innen en uke. Det er brukers plan!

Tiltak skal være rettet mot brukers mål. Noen eksempler:

- Arbeid med motivasjon, mestring, endringsprosesser.

- Oppgaverelatert trening og/eller spesifikk trening i forhold til funksjonsnedsettelse/funksjonstrening.
- Kognitiv funksjon.
- Emosjonelle forhold.
- Egentrening og oppfølging av egentrening.
- Tilrettelegging av aktivitet, deltakelse og miljø.
- Oppfølging av pårørende.
- Oppfølging individuelt og/eller i gruppe.
- Andre tiltak ut fra individuelle behov og mål.

Hyppighet:

1 – 3 kontaktpunkter/konsultasjoner med Innsatsteamet i uken.

Nærteammøter:

Innsatsteamet møtes jevnlig for tverrfaglige drøftinger. Kontaktperson er ansvarlig for framdrift i den enkelte brukersaken. Notater fra hvert nærteammøte gjøres i arbeidsverktøyet «Tverrfaglig arbeidsverktøy IT».

Evaluering av mål og tiltak:

Jevnlig evaluering av måloppnåelse og eventuelt justering av tiltak i rehabiliteringsplan i samarbeid med bruker og evt pårørende.

Avklare videre rehabiliteringsbehov og planlegge veien videre.

Vurdere i løpet av Fase 2:

- Elektronisk melding til brukers fastlege ved behov for informasjon om oppfølging fra Innsatsteam/ tjenesten RUI.
- IPLoS-registrering i Profil ved nærteamet dersom funksjonsendring hos bruker.

Fase 3: Oppsummering – Avslutning – Veien videre

Reskår av aktuelle tester:

- COPM og eventuelle fagspesifikke tester etter behov.

Sluttsamtale:

Oppsummering og evaluering av Rehabiliteringsplan.

Drøfte videre behov og evt henvisninger videre.

Bruker, evt pårørende og aktuelle samarbeidspartnere og Innsatsteamet er til stede.

Sluttrapport og Rehabiliteringsplan:

I løpet av Fase 3:

- Sende elektronisk melding til brukers fastlege for informasjon om avslutning fra Innsatsteam/ tjenesten RUI.
- Reskår av IPLoS i Profil ved nærteamet dersom funksjonsendring hos bruker.

Avslutning av bruker:

Bruk «Tverrfaglig arbeidsverktøy for IT».



BERGEN KOMMUNE

3 Rehabilitering utenfor institusjon (RUI)

4 INNSATSTEAM - REHABILITERING



Sykepleier: Kristi Rørlien mob: 94 50 38 15

Ergoterapeut: Kathrine Aasebø mob: 94 52 70 65

Fysioterapeut: Mona Finsås mob: 40 90 64 58

Adresse: Dag Hammerskjøldsvei 100 B, 5144 Fyllingsdalen, Tlf: 53 09 30 09

Adresse til dagrehabiliteringstilbudet: Dag Hammerskjøldsvei 98

Velkommen

Innsatsteamet gir tjeneste til personer som nylig eller innen det siste året har fått påvist hjerneslag, traumatisk hodeskade, samt pasienter med diagnosen MS. Oppfølgingen er tidsavgrenset i inntil 3 måneder og varighet vurderes etter behov. Tjenesten Rehabilitering utenfor institusjon gis i hjemmet og/eller ved dagrehabilitering i kommunale lokaler.

Oppfølgingen fra Innsatsteam-rehabilitering gis i tre faser:

Fase 1: Kartlegging og vurdering

Innkomstsamtale.

Kartlegging av funksjonsendring etter skade: hjemmebesøk, spesifikke tester, observasjoner og samtaler i hjemmet og/ eller ved dagrehabilitering.

Vurdering av behov for videre rehabiliteringsoppfølging.

Dersom det **ikke er behov** for videre rehabilitering utenfor institusjon, vil Innsatsteam-rehabilitering sammen med deg og eventuelt pårørende, vurdere behov for henvisninger til andre instanser. Kontakten med Innsatsteam-rehabilitering blir så avsluttet.

Dersom det **er behov** for videre rehabilitering utenfor institusjon, vil Innsatsteam-rehabilitering sammen med deg og eventuelt pårørende, drøfte aktuelle fokusområder for rehabiliteringen og bistå deg med å formulere spesifikke mål for rehabiliteringsprosessen. Oppfølgingen fra Innsatsteam-rehabilitering vil gå videre til fase 2 og 3.

Fase 2: Mål og tiltak

Målsamtale

Utarbeide Rehabiliteringsplan

Gjennomføring av ulike tiltak

Jevnlig evaluering av mål og tiltak

Planlegge veien videre

Fase 3: Oppsummering og Veien videre.

Ny vurdering av funksjon.

Sluttsamtale med evaluering av mål og tiltak, samt drøfting i forhold til videre behov.

Skriftlig evaluering av mål og tiltak, samt skriftlig beskrivelse av sluttstatus i Rehabiliteringsplan. Dokumentet sendes til deg og eventuelt din fastlege.

Hva er rehabilitering?

«Rehabilitering er tidsavgrensete, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukernes egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet» (St.meld.nr.21, 1998-99)

Hva er et rehabiliteringsbehov?

Bergen kommune har i Metodebok for rehabilitering, formulert disse vurderingskriteriene i forhold til behov for Rehabilitering utenfor institusjon:

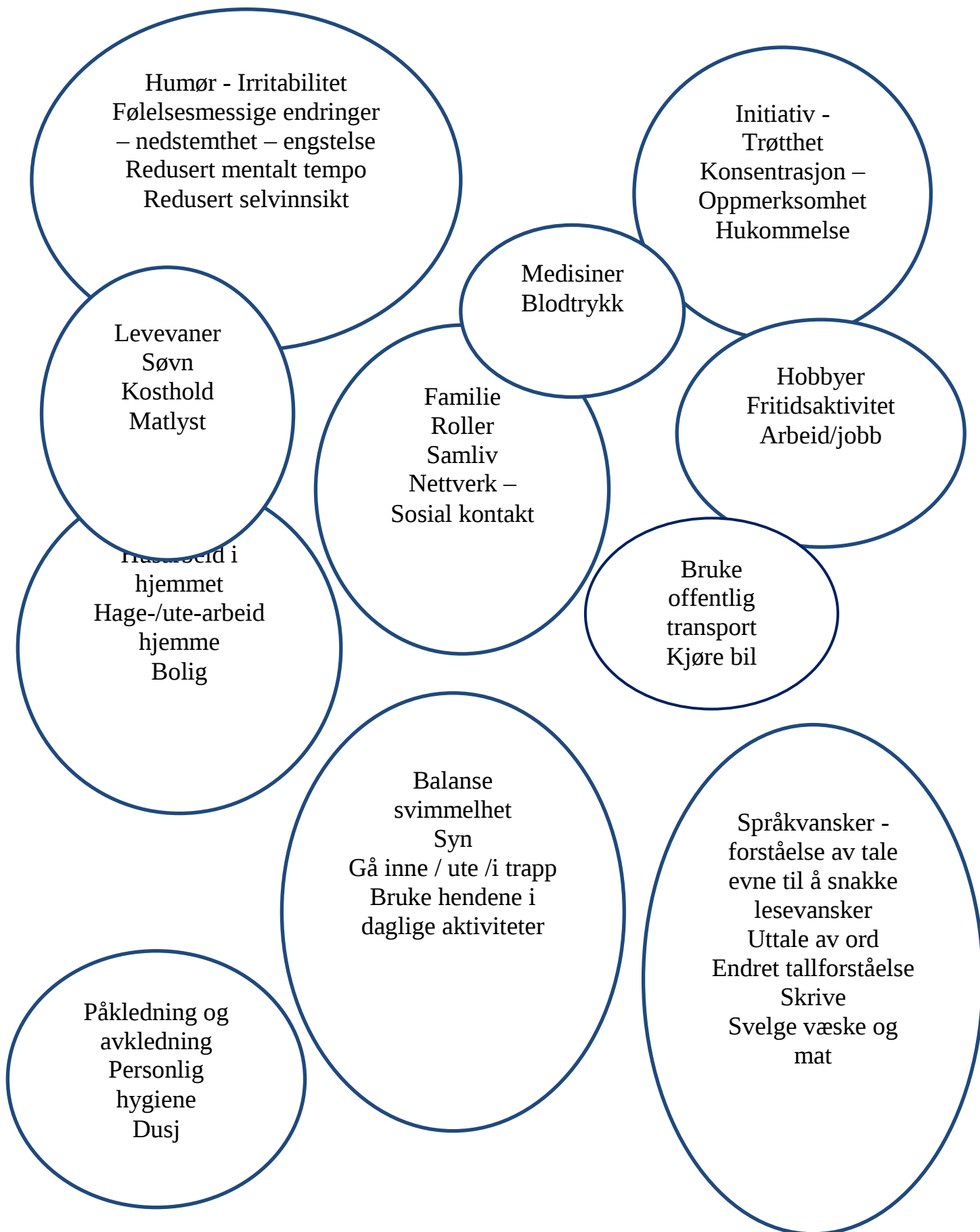
- Behov for bistand for å oppnå best mulig funksjon og mestringsevne
- Sammensatte problemer og behov og/eller nytte av et tverrfaglig tilbud
- Mål for rehabiliteringsprosessen
- Motivert for rehabilitering
- I stand til å yte egeninnsats
- Evne til å samarbeide og til å motta instruksjon

Hva kan være fokus i en rehabiliteringsprosess?

Alle akutte situasjoner og endringer i et sykdomsforløp oppleves forskjellig. Likevel finnes det likhetstrekk innen ulike livsområder som mange opplever behov for oppfølging/bistand i forhold til.

- Hvilke utfordringer har du i hverdagen i dag?
- Er det noe du vil endre?
- Er det noe du vil vite mer om?

For å hjelpe deg på veien, har vi satt opp stikkord i flere bobler på siden til høyre.





REHABILITERINGSPLAN - Rehabilitering utenfor institusjon

Navn:

Fødselsnr:

Rehabiliteringsperiode:

Målsamtale:

Evaluering av mål:

Nærteam:

Hovedmål:

MÅL:		
Problem/utfordring	Delmål	Tiltak
Evaluering:		

MÅL:		
Problem/utfordring	Delmål	Tiltak
Evaluering:		

MÅL:		
Problem/utfordring	Delmål	Tiltak
Evaluering:		

MÅL:		
Problem/utfordring	Delmål	Tiltak
Evaluering:		

MÅL:		
Problem/utfordring	Delmål	Tiltak
Evaluering:		

Status ved avslutning og veien videre:

Innsatsteam-rehabilitering v/

Dato:

Kopi til:



SLUTTRAPPORT REHABILITERING UTENFOR INSTITUSJON

Navn: Fødselsnummer: Adresse: Telefonnr:	Henvist av: Dato for henvisning: Oppfølgingsperiode:
DIAGNOSE / HENVISNINGSGRUNN:	
FUNN FRA GENERELL KARTLEGGING:	
FOKUSOMRÅDE/TILTAK:	
STATUS VED AVSUTNING:	
VIDERE OPPFØLGING:	

Med hilsen Innsatsteam-rehabilitering ved

Dato:

Kopi til: